

Opinnäytetyö (AMK)

Fysioterapia

2020

Muhammad Bilal, Hiski Polojärvi, Tiia Venäläinen

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA ALARAAJAINFO-RYHMÄSTÄ



Muhammad Bilal, Hiski Polojärvi, Tiia Venäläinen

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA ALARAAJAINFO- RYHMÄSTÄ

Omatoimisella liikunnalla ja lihaskuntoharjoittelulla on suuri merkitys tuki- ja liikuntaelinsairauksien, kuten nivelrikon, hoidossa. Sen avulla voidaan vähentää kipuja, lisätä toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Itsehoito tarkoittaakin sanansa mukaisesti, että asiakas hoitaa itse itseään. Terveystieteiden ammattilaisen, fysioterapeutin, tehtävänä on tarjota asiakkaalle informaatiota ja ohjata keinoja itsehoidon toteutukseen. Fysioterapeutin ohjaustaidot ovat avainasemassa motivaation syntymisessä ja sitoutumisessa itsehoitoon. Ryhmässä toteutettu itsehoidon ohjaus on tutkimusten mukaan parhaimmillaan yhtä vaikuttavaa kuin yksilöterapia. Sen hyötypuolia ovat osallistujien keskenäinen vertaistuki, ryhmätoiminnan mahdollisuus tavoittaa useampi asiakas kerralla ja se on yksilöterapiaa kustannustehokkaampaa. Ryhmän ohjauksen haasteita ovat käytettävän ajan vähyys ja motivaation ylläpitäminen interventtioiden jälkeen.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu yhteistyössä Turun lääkinnällisen kuntoutuksen ja TULE-tietokeskuksen kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa informaatiota em. toimeläisille asiakkaiden kokemuksista kertaluontoiseen alaraajainfo-ryhmään osallistumisesta. Tätä informaatiota voidaan hyväksikäyttää tulevaisuudessa kyseisen ryhmän toiminnan ja sisällön suunnittelussa, mutta myös ryhmän toiminnan vaikuttavuuden tutkimisessa.

Opinnäytetyö on toteutettu laadullisena tutkimuksena, jonka keskiöön nousi inforyhmän asiakkaiden kokemukset tilaisuudesta, asiakkaan subjektiivinen kokemus infotilaisuuden vaikutuksesta ja mahdolliset kehitysehdotukset. Kokemuksista erityisesti ohjaavan fysioterapeutin ohjaustaidot koettiin positiivisena ja motivoivana tekijänä. Asiakkaiden kokemukset vaikuttavuudesta vaihtelivat, mutta suurin osa koki kertaluontoisen infotilaisuuden silti positiivisena asiana. Kehitysehdotuksissa esille nousivat tapahtuman toistuvuuden puute, ajan rajallisuus ja ennakkoinformaation vähyys.

ASIASANAT:

itsehoito, itsehoidon ohjaus, alaraajan nivelrikko

BACHELOR'S | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

2020 | 40 pages, 3 pages of appendices

Guiding teacher: Annukka Myllymäki

Muhammad Bilal, Hiski Polojärvi, Tiia Venäläinen

CUSTOMERS EXPERIENCES FROM THE LOWER LIMB INFOGROUP

Independent physical exercise and muscular exercise stand a great importance in treatment of musculoskeletal diseases like osteoarthritis. It can help reduce pain, increase functional capacity and improve quality of life. Self-care as a word means taking care of oneself. The responsibility of a healthcare professional, physiotherapist, is to provide to the client information and means how to execute selfcare. In creating motivation and commitment to selfcare the counselling skills of the physiotherapist play a important role. According to studies group executed selfcare guidance can be at it's best as effective as individual therapy. The pros of a group guidance are peer-support between participants, group guidance reaches wider audience at once, and it is more cost-effective than individual therapy. The challenges of a group guidance are the lack of time at use and how to uphold the customers motivation after the intervention.

This thesis has been carried out in cooperation with Turku Medical Rehabilitation (Turun lääkinnällien kuntoutus) and TULE -information Center (TULE-tietokeskus). The purpose of this thesis was to provide information to the aforementioned principals about the experiences of the clients who participated in the one-time lower limb information group. This information can be used in the future to design the activities and content of the group, but also to study the effectiveness of the group's activities.

The thesis has been carried out as a qualitative study focusing on the information group's clients experiences of the event, the clients subjective experience of impact and possible development suggestions. From experience, the guidance skills of the physiotherapist in particular were seen as a positive and motivating factor. Customers experiences of impact varied, but most experienced a one-off information event as a positive thing. The development proposals highlighted the lack of repetition of the event, the limited time available and the lack of prior information.

KEYWORDS:

self-care, self-care guidance, lower limb osteoarthritis

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 ITSEHOIDON OHJAUS	8
2.1 Itsehoidon ohjaus fysioterapiassa	9
2.2 Asiakkaiden kokemukset itsehoidon ohjauksesta	10
3 ALARAAJAN NIVELRIKKO	12
3.1 Nivelrikon syntymekanismi, riskitekijät ja diagnosointi	12
3.2 Nivelrikon oireet ja hoito	14
3.3 Alaraajan nivelrikon fysioterapia	17
3.4 Alaraajan nivelrikon itsehoito	18
3.5 Itsehoidon ohjauksen vaikuttavuus alaraajan nivelrikon hoidossa	20
4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMISKYSYMYKSET	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
5.1 Tutkimusjoukko	23
5.2 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä	24
5.3 Opinnäytetyön analyysimenetelmä	25
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
6.1 Osallistujien kokemukset	28
6.2 Osallistujien arjen muutokset	30
6.3 Kehittämisehdotukset	32
7 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELU	34
8 POHDINTA	35
LÄHTEET	38

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelu - haastattelurunko.

KUVAT

Kuva 1. Terve vs. nivelrikkoinen nivel (Suomen Nivelyhdistys 2018).	13
Kuva 2. Nivelrikon riskitekijät (Suomen Nivelyhdistys 2018).	14
Kuva 3. Nivelrikon hoidon mahdollisuudet (Käypä hoito -suositus 2012).	16
Kuva 4. Teemahaastattelun runko.	25
Kuva 5. Esimerkki analyysiprosessista.	26

1 JOHDANTO

Tuki- ja liikuntaelimestön sairauksista aiheutuvat kulut ovat terveydenhullon suurin kuluosuus kaikissa länsimaissa (Luomajoki 2018, 21). Pelkän nivelrikon vuoksi tehdään vuosittain noin 600 000 käyntiä lääkärillä, ja se on yksi suurimpia toimintakyvyttömyyden aiheuttajia työikäisen väestön joukossa (Tuki- ja liikuntaelinliitto). Nivelrikkoa sairastaa arviolta noin miljoona suomalaista (Suomen nivelyhdistys 2018). Sairauden aiheuttamat oireet voivat vaihdella suuresti yksilöstä riippuen, mutta pääoireina ovat kipu ja liikkumisen vaikeudet. Kyseiseen sairauteen ei ole parannuskeinoa, mutta sen kanssa voi oppia elämään ja oireita voidaan helpottaa. Pahimmassa tapauksessa joudutaan turvautumaan tekonivelleikkaukseen, mutta niitä joiden tilaa voidaan konservatiivisella kuntoutuksella helpottaa on itsehoito oleellinen osa hoitoa. (Terveyskylä.fi.)

Itsehoidossa asiakas hoitaa ja kuntouttaa itse itseään. Terveydenhuollon ammattilaisen, tässä tapauksessa fysioterapeutin, tehtävänä on antaa tietoa ja neuvoja sekä ohjata asiakkaalle niitä keinoja, joilla tämä voi huolehtia itse hoidostaan (Käypä hoito-suositukset; Suomen fysioterapeutit 2019). Nivelrikon itsehoidon ohjauksessa ei ole merkittävää eroa, sillä toteutetaanko ohjaus yksilöohjauksena vai ryhmämuotoisena ohjauksena (Toomey ym. 2015). Terveydenhuollon asiakasmäärien kasvaessa ryhmämuotoinen itsehoidon ohjaus on sekä kustannustehokasta, että hyvä keino tavoittaa kerralla suurempia asiakasmääriä. Haasteena on saada asiakas sitoutumaan omaan hoitoonsa rajatussa ajassa. Fysioterapeuttisen ohjauksen keinoin pyritään lisäämään minäpystyvyyden tunnetta ja näin vaikuttamaan motivaation syntymiseen ja sen ylläpitoon. (Käypä hoito-suositukset; Suomen fysioterapeutit 2019.)

Turun lääkinnällinen kuntoutus on kolmen vuoden ajan järjestänyt Turun pääterveysasemalla kuukausittaisen inforyhmän asiakkaille, joilla on ongelmia alaraajoissa, pääasiassa nivelrikkoa. Infotilaisuudessa tarjotaan tietoa alaraajojen vaivoista, erilaisista itsehoidon keinoista ja käydään läpi harjoitteita, joilla pyritään ennaltaehkäisemään tulevia ongelmia ja vaikuttamaan jo syntyneisiin vaivoihin. Osallistujat saavat tilaisuudesta mukaansa info-lehtisen, jossa esitetty tieto ja harjoitteet ovat kirjallisessa muodossa. Syksystä 2018 lähtien tilaisuuden sisällöstä ja ohjauksesta on vastannut TULE-tietokeskus.

TULE-tietokeskus on saanut alkunsa 2013-2016 TULE tutuksi-projektista, jonka tarkoituksena on lisätä yhteistyötä neljän turkulaisen tuki- ja liikuntaelinryhdistyksen ja julkisen

sektorin välillä. Tavoitteena oli perustaa yhteinen TULE-tietokeskus, jonka avulla lisätään turkulaisten ja seutukunnan asukkaiden hyvinvointiin ja ennaltaehkäisyyn tähtäävää tule-tietoutta sekä yritetään parantaa jo sairastuneiden elämänlaatua ja arjen osallistumista. Turussa sijaitseva TULE-tietokeskus on tiettävästi ainutlaatuinen paikka, sillä vastaavaa toimipaikkaa ei ole Suomessa. TULE-tietokeskus toimii edelleen tavoitteenaan tule-terveyden ja hyvinvointia tukevien asenteiden ja toimintatapojen edistäminen. (TULE-tietokeskus.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu toimeksiantona Turun lääkinnälliselle kuntoutukselle ja TULE-tietokeskukselle. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa informaatiota toimeksiantajille asiakkaiden kokemuksista liittyen alaraajainfo-ryhmään. Tämän tiedon perusteella kyseisen ryhmän ja itsehoitoa tukevien inforyhmien toimintaa voidaan kehittää. Tarkoituksena on kuvailla asiakkaiden erilaisia kokemuksia infotilaisuudesta, heidän kokemaansa muutosta arjessa ja kerätä kehitysehdotuksia. Väestön ikääntyessä terveydenhuollon asiakasmäärät tulevat kasvamaan. On tärkeää löytää kustannustehokkaita keinoja vastata kuntoutuspalveluiden kysyntään ja kehittää jo olemassa olevia palveluita tehokkaammiksi. Tämän opinnäytetyön tuloksilla voidaan tehdä näistä jälkimmäistä ja tutkimuksista saatava tieto on siksi merkittävää. Kyseisen aiheen pariin opinnäytetyöryhmä päätyi sattumalta. Aiheen tärkeys ja monimuotoisuus kiteytyi prosessin edetessä, ja työskentelystä saadut opit omaan fysioterapeuttiseen kasvamiseen ovat hyvin merkityksellisiä.

Teoreettinen viitekehys on rajattu itsehoidon ohjaukseen sekä alaraajan nivelrikkoon. Ensiksi selvennetään keskeiset käsitteet liittyen itsehoidon ohjaukseen. Tämän jälkeen käydään läpi nykyiseen tutkimustietoon peilaten, mitä liittyy hyvään itsehoidon ohjaukseen ja millaisia kokemuksia ihmisillä on itsehoidon ohjauksesta. Luvussa kolme käydään läpi alaraajan nivelrikkoa ilmiönä ja sen yhteiskunnallisia vaikutuksia, käsitellään mitä alaraajan nivelrikon itsehoito pitää sisällään sekä selvitetään tutkimusmenetelmien avulla itsehoidon ohjauksen vaikuttavuutta alaraajan nivelrikon hoidossa.

Teoriaosuuden jälkeen kuvataan opinnäytetyön tavoite, tarkoitus sekä tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen kuvataan laadullisen tutkimuksen opinnäytetyöprosessi ja käydään läpi saadut tutkimustulokset. Lopuksi tarkastellaan työtä luotettavuuden sekä eettisyyden näkökulmasta ja pohditaan saatuja tuloksia suhteutettuna opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen.

2 ITSEHOIDON OHJAUS

Itsehoito on alun perin 1960-luvulla Thomas Creerin esittämä termi, joka ilmaisee sitä, että potilas on aktiivinen osallistuja itsensä hoitoon. Sitten itsehoito on vakiintunut yleiseksi käsitteeksi terveydenhoidon alalla. Holmanin ja Lorigin (2003) mukaan hyvä itsehoito sisältää viisi ydintaitoa: ongelmanratkaisu, päätöksenteko, resurssien käyttö, kumppanuussuhde terveydenhuollon ammattilaisen kanssa sekä toimintaan ryhtyminen. (Holman & Lorig 2003.)

Minäpystyvyys (self-efficacy) on Albert Banduran (1977) luoma käsite, joka tarkoittaa henkilön uskomuksia ja käsityksiä omasta itsestään ja kyvyistään. Tunne minäpystyvyydestä vaikuttaa asiakkaan ajatteluun, motivaatioon, toimintaan ja käyttäytymiseen. Onnistumisen kokemus on paras tapa vahvistaa käsitystä omasta minäpystyvyydestä. Muutokset minäpystyvyydessä ovat osoitettu olevan yhteydessä parantuneeseen terveydentilaan. (Bandura 1977; Holman & Lorig 2003.)

Vänskä ym. (2011) kuvaavat ohjausta seuraavalla tavalla: *Ohjauksen tavoitteena on ihmisen kohtaaminen, kuuleminen ja kunnioittaminen. Ohjauksen tarkoituksena on auttaa ohjattavaa tekemään kestävämpiä valintoja ja hallitsemaan elämäänsä paremmin. Ohjaus on käytännöllisen opastuksen antamista ja ohjauksen aikana ohjattava oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Ohjauksen päämääränä on asiakkaan mahdollisuus tutkia tilannettaan, tulla kuulluksi ja elää voimavaraistemmin ja paremmin voiden.*

Itsehoidon ohjauksella pyritään siis parantamaan asiakkaan ymmärrystä sairaudestaan ja tarjota itsehoidon keinoja sairauden hoitoon. Ohjauksella pystytään kasvattamaan asiakkaan minäpystyvyyttä ja lievittämään ahdistusta. Itsehoidon tietoa tarjoaa aina terveydenhuollon ammattilainen, joka on aiheeseen ja sen hoitoon perehtynyt. Itsehoitoa tukevia malleja ovat kirjalliset oppaat ja videot. Ohjaus voidaan antaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Toomeyn ym. (2015) tekemän katsauksen mukaan ryhmämuotoisen ohjauksen ja yksilöohjauksen vaikuttavuudessa ei ole merkittävää eroa nivelrikon ja kroonisen alaseläkivun hoidossa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

2.1 Itsehoidon ohjaus fysioterapiassa

Jotta itsehoidon ohjaus olisi tehokasta ja vaikuttavaa, tulisi fysioterapeutin saada asiakas itse puhumaan ja olemaan aktiivinen hoitoonsa liittyvissä asioissa. Parhaimmassa tapauksessa fysioterapeutti saa asiakkaan itse kysymään neuvoja ja ohjeita hoitoonsa liittyen. Myönteinen palaute tukee asiakasta hallitsemaan tilannettaan. Huomiointi, tunnustuksen antaminen tai muu hyväksyntää osoittava käyttäytyminen ovat hyviä myönteisen palautteen muotoja. (Mäkelä ym. 2001, 31.)

Asiakkaalle annettu tieto ei ole riittävä keino muutoksen aikaansaamiseksi: asiakas saa tietoa, mutta hänellä ei ole tarvittavia työkaluja siirtää tietoa käytäntöön. Yksi suurimmista esteistä itsehoitoon sitoutumiseen on terveydenhuollon ammattilaisen epäselvyys tai neuvojen puute liittyen asiakkaan hoitoon. Asiakkaan ohjaus on avainasemassa hoitoon sitoutumisessa. Ohjauksen avulla terveydenhuollon ammattilaisella on mahdollista selittää, kuulla ja ymmärtää asiakasta sekä vastata hänelle. (Gay ym. 2016.)

Itsehoitoon sitoutuminen saattaa olla haastavaa ja siksi asiakkaan ohjaukseen tulisi panostaa riittävästi. Jotta ohjaus olisi tuloksellista, tulisi terveystieteen ammattilaisen tunnistaa käyttäytymiseen vaikuttavat tekijät ja yrittää vaikuttaa muutostekijöihin hyödyntäen näyttöön perustuvia ohjausmenetelmiä ja elämäntapamuutosteorioita. (Kiviluoto & Harmokivi-Saloranta 2018.)

Kaiken toiminnan ajatellaan olevan lähtöisin tavoitteesta tai tarkoituksesta. Tavoitteen asettaminen kannattaa siis ottaa huomioon itsehoidon ohjauksessa. Tätä tapahtuu harvillisesti vielä hyvin vähän terveydenhuollon piirissä. Vänskä ym. (2011) mukaan *tavoite edellyttää aina jonkinlaista toiminnan järjestelyä ja motivaatiota*. Parhaimmillaan tavoitteen asettaminen on ohjaajan ja asiakkaan välistä neuvottelua, jossa asiakas tuo toiveet esille ja ohjaaja auttaa konkretisoimaan nuo toiveet realistisiksi tavoitteiksi. (Vänskä ym. 2011, 109-127.)

Tavoitteiden toteutumisessa voidaan käyttää hyväksi minäpystyvyyden arvioimista. Esimerkiksi asiakasta pyydetään arvioimaan numeerisesti (10 = toteutuu varmasti, 1 = ei ollenkaan varmaa toteutuuko) oma käsitys tavoitteen toteutumisesta. Mikäli oma arvio on alle 7, niin ohjataan asiakasta muuttamaan tai muokkaamaan tavoitetta ongelmanratkaisukykyä hyväksikäyttäen. (Holman & Lorig 2003.)

Itsehoidon ohjauksessa korostuu myös asiakkaan motivoiminen, mikä on keskeistä erityisesti painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksissa. Ilman motivaatiota muutosta tuskin tulee tapahtumaan. Anglé (2010) tuo esille, että motivaation synnyttämisessä tulee ohjauksessa pyrkiä vastaamaan ihmisen kolmeen psykologiseen perustarpeeseen: itsemääräämisen tunteen, kyvykkyyden tunteen ja yhteenkuuluvuuden tunteen tarpeisiin. Asiakkaan ottaminen mukaan aktiivisesti hoidon suunnitteluun ja asiakkaan toiveiden kuunteleminen vahvistavat itsemääräämisen tunnetta. Kyvykkyyden tunnetta vahvistetaan keskittymällä positiivisiin asioihin asiakkaan ajattelussa ja toiminnassa sekä tavoitteiden rakentaminen/pilkkominen niin, että onnistumisen kokemukset ovat mahdollisia. Asiakkaan aktiivinen kuuntelu hyväksyvästi ja arvostavasti vahvistavat yhteenkuuluvuuden tunnetta, johon voidaan lisäksi vaikuttaa ottamalla asiakkaan lähipiiri mukaan tukemaan muutosta. (Anglé 2010.)

Itsehoidon ohjauksessa voidaan käyttää apuna myös muutosvaihemallia, jonka avulla voidaan arvioida asiakkaan sen hetkistä tilannetta. Prochaska ym. (1992) ovat kehittäneet transteoreettisen muutosvaihemallin, joku koostuu seuraavista vaiheista: esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe, päätösvaihe ja relapsi. Muutosvaiheen tunnistaminen tapahtuu keskusteltaessa asiakkaan kanssa. On myös hyvä tiedostaa, että muutosvaihe voi olla erilainen eri käyttäytymismuodoissa. Esimerkiksi asiakas voi olla valmis lisäämään liikuntaa arjessa, mutta tupakoinnin suhteen ollaan esiharkintavaiheessa, jolloin toimintatapoja ei ole aikomusta muuttaa vielä. Muutosvaiheen tunnistaminen auttaa ohjaajaa tiedostamaan, mihin ohjauksessa kannattaa keskittyä. On myös tärkeää tuoda ohjauksessa ilmi asiakkaalle relapsin mahdollisuus, jotta tähän voidaan varautua henkisesti. (Prochaska ym. 1992; Marttila 2010.)

2.2 Asiakkaiden kokemukset itsehoidon ohjauksesta

Grønningin ym. (2016) tutkivat nivelreumaa ja nivelpsoriaasia sairastavien kokemuksia ja vaikuttavuutta hoitajapainotteisessa opetusohjelmassa, joka sisälsi sekä ryhmämuotoista että yksilöllistä ohjausta. Ryhmämuotoinen ohjaus käsitti kolmen tunnin session joka toinen viikko yhteensä 3 kertaa, tämän jälkeen oli yksi kerta yksilöohjausta. Asiakkaiden itseluottamus taudin kanssa selviämiseen kasvoi, mikä oli yhteydessä vertaistukkeen ja hoitohenkilökunnan opettamiin uusiin asioihin. Asiakkaat kokivat tärkeäksi henkilön, jolle oli mahdollista puhua sairaudestaan ja sen tuottamasta taakasta. He suosivat enemmän puhumista saman sairauden kanssa elävälle ihmiselle tai terveydenhoidon

ammattilaiselle, koska eivät halunneet kuormittaa perhettä tai ystäviään. Asiakkaat tulivat myös enemmän tietoisiksi mahdollisuuksistaan, velvollisuuksistaan, miten toimia ja tehdä muutoksia. Kasvanut itseluottamus tuntui hyvältä asiakkaista. (Grønning 2016.)

Bearnen ym. (2017) tutkimuksessa nivelreumaa sairastavat osallistuivat neljään fysioterapeutin ohjaamaan ryhmätapaamiseen sekä saivat opasvihkosen ja harjoituspäiväkirjan. Osallistuvat kokivat voimaantumista itsehoidossa sekä saivat itseluottamusta ohjelmasta. Ryhmäkeskustelut auttoivat suurinta osaa osallistujista liittämään harjoitukset heidän nivelreuman hoitoonsa. Keskustelut olivat osallistujavetoisia, vaikka fysioterapeutti valvoi ja ohjasi keskustelut pysymään asiassa. Monet osallistujista kokivat harjoittelupäiväkirjan käytön lisäävän motivaatiota. Osallistujat kokivat ohjaavan fysioterapeutin rohkaisevaksi ja motivoivaksi sekä erityisesti harjoitteiden tarkistaminen ja muokkaaminen yksilöllisesti lisäsi osallistujien kykyjä sekä itseluottamusta. Tutkimuksessa selvisi myös osallistujien itsehoidon taitojen olevan yhteydessä toiveisiin ryhmän jatkuvuudesta sekä tapaamiskertojen määrästä. Toisin sanoen ne osallistujat, joilla oli hyvät itsehoidon taidot, kaipasivat vähemmän tapaamiskertoja. (Bearne ym. 2017.)

Huttingin ym. (2016) tutkimuksessa niska- ja hartiasseudun vaivoista kärsivät työntekijät osallistuivat kuuteen 2,5 tuntia kestäväää ryhmäohjaukseen, ryhmän koko oli 5-6 osallistujaa, sekä saivat vuodeksi käyttöön eHealth-verkkomodulin. Osallistujat kokivat ryhmän pienen koon miellyttäväksi ja vuorovaikutuksen helpoksi. Osallistujat mainitsivat erityisen hyödylliseksi ja kiinnostavaksi tapaamisen, jossa fysioterapeutti käsitteli liikettä ja lihastoimintaa. Tietoisuus itsestä ja tiedon sekä näkemysten lisääntyminen olivat osallistujien kokemia vaikutuksia. Osallistujat kertoivat myös muuttaneensa asennettaan omien vaivojen suhteen, kun he huomasivat muille olevan samoja ja pahempia oireita. Ryhmäohjaus koettiin positiivisena asiana: osallistujat oppivat toisiltaan ja kokivat vertaistukea. (Hutting ym. 2016.)

Asiakkaiden kokemukset itsehoidon ohjauksesta ovat pääosin positiivisia. Erityisesti esille nousivat ryhmän vertaistuki, minäpystyvyyden parantuminen sekä tiedon lisääntyminen.

3 ALARAAJAN NIVELRIKKO

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus. Arviolta yli 60-vuotiaista länsimaalaisista miehistä noin 10 % ja naisista noin 18 % kärsivät nivelrikosta. Väestön ikääntyessä nämä prosenttiluvut nousevat. Tällä hetkellä noin miljoona suomalaista kärsii nivelrikosta, vaikka se ei kaikille tuotakaan päälle päin näkyvää vaivaa (Suomen Nivelyhdistys 2018). Polven tai lonkan nivelrikon oireista kärsii Suomessa noin 400 000 ihmistä ja heistä noin 250 000:lle nivelrikko aiheuttaa toimintakyvyn heikentymisen. Lonkan- ja polven nivelrikot ovat muihin nivelrikkoihin verrattuna kustannuksiltaan kalleimpia hoitaa (Heiliövaara 2008). Suomessa suoritetaan vuosittain noin 12 000 tekonivelleikkausta, ja 6 % työttömyyseläkkeistä myönnetään nivelrikon takia. Arvioidaan, että nivelrikon hoito aiheuttaa Suomessa vuosi tasolla satojen miljoonien, jopa lähes miljardin euron kustannukset. Näistä syistä nivelrikkoa voidaankin pitää todellisena kansanterveysongelmana, joka jatkaa paisumistaan väestön ikääntyessä. (Heliövaara 2008; Kannus 2016.)

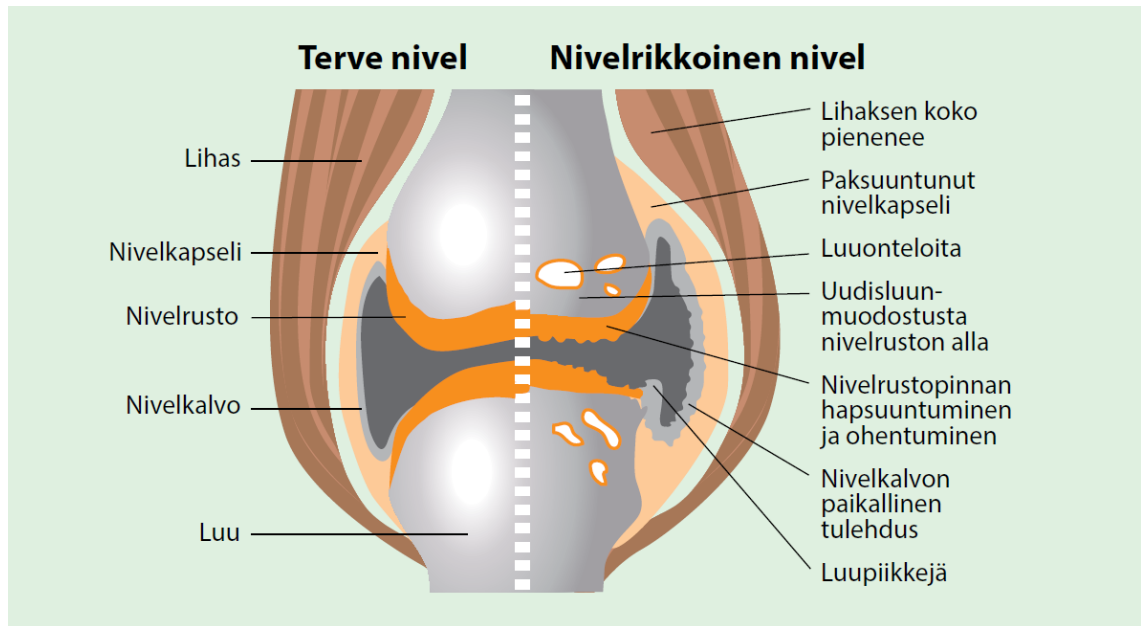
3.1 Nivelrikon syntymekanismi, riskitekijät ja diagnosointi

Nivelrikko eli artroosi (lat. osteoarthritis) on koko nivelen ja sitä ympäröivien kudosten sairaus. Nivelrikon suurimpana aiheuttajana on epänormaali mekaaninen kuormitus tai normaali kuormitus epänormaalisti nivelessä. Taudin etiologia ei ole täysin tiedossa. Tiedetään kuitenkin, että se on sarja mekaanisen kuormituksen aiheuttamia regeneratiivisiä ja degeneratiivisiä biokemiallisia prosesseja, jotka voivat johtaa kudostuutoksiin nivelrustossa, nivelkapselissa, luussa ja ympäröivissä lihaksissa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Prosessissa välittäjäaineverkoston aktivoituminen johtaa hitaaseen tulehdusreaktion tyypiseen tilaan, joka lopulta saa aikaan nivelrikolle tyypilliset muutokset. Nivelrikon kehittyminen voi viedä vuosia, jonka aikana nivelrusto hiljalleen kuluu ja häviää luun pinnalta ja nivelrako kaventuu. Ajan myötä nivelen voitelukyky vähenee ja kitkan määrä lisääntyy. Nivelraon kaventuessa nivelen kuormitusolosuhteet muuttuvat ja niveleen kehittyä usein virheasento. (Käypä hoito -suositus 2018; Kannus 2016.)

Solutason prosessit vaikuttavat ruston koostumukseen ja rustosta saattaa irrota pieniä osia nivelen sisällä, jotka aiheuttavat luuhun asti ulottuvia halkeamia rustoon. Nivelen

rustosolujen uusiutuminen hidastuu, eivätkä solut kykene korjaamaan vaurioitunutta rustoa ennalleen. Luun uudismuodostuksen seurauksena luun ja ruston rajalle, nivelkapselin, nivelsiteiden ja jänneiden kiinnittymiskohtiin voi muodostua nokkamaisia luurakenteita (osteofyyttejä), luuonteloita (luukystiä) ja rustonalaisen luun kalkeutumista (subkondraaliluun skleroosia). Myös nivelkapselin paksuuntuminen on tyypillistä nivelrikolle. Kuvassa 1 on havainnollistettu tervettä ja nivelrikkoista niveltä. (Pohjolainen 2018; Käypä hoito -suositus 2018; O'Sullivan ym. 2014.)



Kuva 1. Terve vs. nivelrikkoinen nivel (Suomen Nivelyhdistys 2018).

Nivelriikon syntyyn vaikuttaa henkilön perimä, ikä, ylipaino ja niveliin kohdistunut kuormituksen määrä pitkällä ajalla (Kuva 2). Elintavat vaikuttavat yhtä lailla riskitekijöihin. Rasakas fyysinen työ ja toistuvat liikeradat kuten kyykistely, kuormittavat voimakkaasti alaraajojen niveliä ja näin ollen lisäävät nivelriikon riskiä kuormituksen ollessa pitkäkestoista ja toistuvaa. Myös rankka urheilu, vammat, murtumat ja nivelsiteen repeämät ovat riskitekijöitä. Tupakointi altistaa nivelrikolle ja voi pahentaa jo olemassa olevan nivelriikon oireita. Nivelten ylikuormitus, erilaiset lihasperäiset sairaudet ja synnynnäiset nivelen rakennevammat ovat riskitekijöitä. Useimmille nivelrikosta on suhteellisen vähän vaivaa, sillä ikääntyessä sitä ilmenee lähes kaikilla. (Suomen Nivelyhdistys 2018; Pohjolainen 2018.)

Tärkeimmät polvi-, lonkka- ja käsinivelrikon riskitekijät			
	Polvi	Lonkka	Käsi
Ikääntyminen	• • •	• • •	• • •
Lihavuus	• • •	• •	• •
Niveltapaturmat	• • •	• •	• •
Raskas liikunta (joukkue- ja voimalajit)	• •	•	•
Raskas fyysinen työ	• •	• •	• •
Nivelen epämuodostumat ja kehityshäiriöt	-	• •	-
Perimä	• •	• •	• • •

Syyseuraussuhde: • • • vahva, • • kohtalainen, • heikko, - ei näyttöä

Kuva 2. Nivelrikon riskitekijät (Suomen Nivelyhdistys 2018).

Nivelrikon diagnostiikka perustuu anamneesiin, potilaan kuvaamiin oireisiin, vaivan kestoon, kliinisen tutkimuksen löydöksiin, radiologisiin löydöksiin, sekä tarvittaessa tehtäviin erotusdiagnostisiin laboratoriotutkimuksiin. (Käypä hoito -suositus 2018.)

3.2 Nivelrikon oireet ja hoito

Nivelkipu on tyypillisesti jomottavaa, pahenee liikkeessa ja lievittyy levossa, mutta sairauden edetessä se voi muuttua jatkuvaksi ja vaivata myös yöllä. Nivelkivun lepokipu ja raskauskipu vaikeusaste tulisi määrittää validilla mittarilla, kuten VAS- mittarilla (0-10 cm:n kipujana) tai NRS-mittarilla (0-10), joita voidaan käyttää kliinisessä työssä hoitovasteen seurannassa. Oireena saattaa olla myös niveljäykkyyttä, jota esiintyy tyypillisesti aamujäykkyytenä tai liikkeellelähdejäykkyytenä esimerkiksi istumisen jälkeen. Tyypillisiä toiminnallisia suoritusrajoitteita ilmenee kävelyssä sekä tasamaalla että rappusissa, istumasta seisomaannousussa sekä istuutumisessa (tuoli, sänky, auto, WC –istuin), pukeutumisessa (sukat, housut, kengät), peseytymisessä, sekä varpaankynsien leikkaamisessa. (Käypä hoito -suositus 2018.)

Tyypillistä nivelrikkopotilasta ei ole, nivelvaivat ovat hyvin yksilöllisiä. Jotkut eivät kärsi juuri mitenkään röntgenkuvassa selvästi näkyvistä nivelmuutoksista, toisilla taas kivut saattavat olla hyvinkin voimakkaita, vaikka röntgenkuva ei muutoksia vielä paljastakaan

tai muutos on hyvin lievä. Polven nivelrikon aiheuttama kipu on tyypillisesti varsin paikallista, mutta se voi tuntua polven alueella diffuusiona ja säteillä säären yläosaan asti. Tibiofemoraalinen nivelrikko aiheuttaa tyypillisesti kipua nivelraon seutuun. Patellofemoraalinen nivelrikko aiheuttaa tyypillisesti kipua polven etuosaan ja oirehtii erityisesti rap-
puja noustessa tai laskeutuessa. Lonkkaperäisen nivelrikon kivut tuntuvat usein nivus-
taipeessa ja reiden etuyläpinnalla, mutta se voi olla myös laaja-alaisempi ja epätarkempi
ja tuntua pakaran alueella ja säteillä reiden etu-, ulko- ja takapinnalle. (Käypä hoito -
suositus 2018; Vainikainen 2010, 12.)

Polven- ja lonkkanivelrikon hoidon pääperiaatteet ja tavoitteet ovat itsehoidon ohjaus,
kivun hallinta ja lievittyminen, toimintakyvyn ylläpito ja parantuminen, sekä sairauden
pahenemisen estäminen. Hoidot tulisi aina valita yksilöllisesti huomioiden hoidon aiheet
ja vasta-aiheet. Konservatiiviset lääkkeettömät hoidot ovat nivelrikon hoidon perusta.
Lääkehoitoa ei tule käyttää yksinään eikä edes ensisijaisena nivelrikon hoitomuotona.
Kirurgisia toimenpiteitä harkitaan, jos kipu ja vajaatoiminta eivät ole hallittavissa muuten,
mutta myös tuolloin konservatiiviset hoitomenetelmät täydentävät kirurgisia hoitomenet-
elmiä. Nivelrikon hoidon mahdollisuudet on havainnollistettu kuvassa 3. (Käypä hoito -
suositus 2018.)

Nivelten kannalta ihanteellinen painoindeksi (BMI) on alle 25 kg/m^2 , tämä on myös yli-
painon määritelmän raja. Suomessa oli vuonna 2017 2,5 miljoonaa vähintään ylipai-
noista aikuista, vaikeasti lihavia (BMI 35 kg/m^2 tai enemmän) oli miehistä 6 % ja naisista
10 %. Ylipainoisten sairastuminen polven- tai lonkan nivelrikkoon on lähes 2-kertainen
verrattuna normaalipainoisiin ja riski suurenee mitä enemmän ylipainoa on. Tutkimusten
mukaan kahden yksikön pudotus painoindeksissä laski oireilevan polven nivelrikon il-
maantumisen todennäköisyyttä puoleen 10 vuoden jälkeen (Arokoski & Vainikainen
2018). Ylipaino saattaa myös aiheuttaa rasvan kerääntymistä niveliin, mikä taas lisää
kipua nivelrikossa (Oliveira ym. 2019). (Mäki ym. 2019.)



Kuva 3. Nivelrikon hoidon mahdollisuudet (Käypä hoito -suositus 2012).

Nivelrikon ennaltaehkäisy on hyvin pitkälle mahdollista, jos kykenee vaikuttamaan elintapoihinsa ja elinympäristöönsä, eli toisin sanoen pitämään painonsa kurissa, rajoittamaan työssä tarpeetonta nivelten rasitusta ja liikkumaan sopivasti. Nivelongelmien ehkäisy alkaa jo lapsuudessa, sillä aktiivisella liikuntaharrastuksella ruston määrää lisäntyy kasvuikäisten nivelissä. Nuorena harrastettu liikunta saattaa myös vahvistaa ruston kollageenisäikeistöä ja tätä kautta ehkäistä vanhemmalla iällä nivelrikon kehittymistä. Nivelrikon ennaltaehkäisy on elämän mittainen projekti, tosin ilahduttavaa tässä isossa haasteessa on se, että kaikkiin pätevät samat perusohjeet: kohtuullisen terveet elämäntavat. Toisessa päässä, vaikka monien tutkimusten perusteella on pystytty selvittämään lonkka- ja polvinivelrikon riskitekijöitä, riskitekijöihin kohdistuvien interventioiden tehosta nivelrikon ehkäisyssä ei ole vielä luotettavaa tietoa. Polven- ja lonkkanivelrikon ehkäisyä koskevia tasokkaita satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia ei ole julkaistu. (Käypä hoito -suositus 2018; Vainikainen 2010, 14.)

3.3 Alaraajan nivelrikon fysioterapia

Käypä hoito -suositus (2018), Suomen Fysioterapeutit ry:n hyvä fysioterapiakäytäntö -suositus (2013) sekä Kelan (2014) teettämä selvitys käsittää näyttöön perustuvan kuntoutuksen vaikuttavuuden polven ja lonkan nivelrikon hoidossa. Suluissa merkitty näytön aste: A = vahva, B = kohtalainen, C = heikko, niukka, D = hyvin heikko tai ei tutkimusnäyttöä.

Polven nivelrikon hoidossa:

- Lihasvoimaharjoittelu vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä (A).
- Ohjattu harjoittelu vedessä parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua sekä vähentää kipua lyhytaikaisesti (A).
- Aerobinen harjoittelu vähentää kipua ja parantaa toimintakykyä (A).
- Aerobinen harjoittelu ilmeisesti lisää aerobista toiminnallista kapasiteettia (B).
- Proprioseptinen (asento- ja liikeaistin) harjoittelu ilmeisesti parantaa toimintakykyä ja vähentää kipua (B).

Lonkan nivelrikon hoidossa:

- Ohjattu harjoittelu vedessä parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua sekä vähentää kipua lyhytaikaisesti (A).
- Lihasvoimaharjoittelu vähentää ilmeisesti kipua ja lisää toimintakykyä (B).
- Proprioseptinen harjoittelu ilmeisesti parantaa toimintakykyä ja vähentää kipua (B).
- Aerobinen harjoittelu ilmeisesti lisää aerobista toiminnallista kapasiteettia (B). (Kauranen 2018, 198-199, 218-220.)

Lonkan osalta terapeuttisen harjoittelun painopiste on lonkan liikkuvuuden lisäämisessä ja lihasvoiman edistämisessä. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää fleksio-ekstensioliikesuunnan ylläpitämiseen, joka on keskeinen kävelyn kannalta. Sisäkierron ohella lonkkanivelestä vähenee ensimmäisenä ekstensio, joten voimaharjoittelussa tulee keskittyä lonkan ojentajiin, erityisesti isoon pakaralihakseen. Mikäli lonkan koukistajissa on kiireyttä, on syytä ohjata asiakkaalle venytykset lonkan koukistajille. Kävelyssä tarvitaan jalan tukivaiheen aikana lonkan hallintaa, joten harjoitteluohjelmassa tulee olla harjoitteita lonkan loitontajien sekä syvien lonkkaa stabiloivien lihasten vahvistamiseen. (Kauranen 2018, 197.)

Polven osalta terapeuttisessa harjoittelussa keskitytään polviniveltä tukevien lihasten lihasvoiman parantamiseen. Apuvälineinä voidaan mahdollisesti ottaa käyttöön kävelykeppi, kyynärsauvat tai polvituki, jotta polvinivelen kuormitusta saadaan vähennettyä liikumisen aikana. (Kauranen 2018, 217.) Oleellista on myös kiinnittää huomiota polvien linjauksiin. Stolt & Saarikosken (2016) mukaan *heikko lonkan loitonnuvoima on yhteydessä alaraajan linjauspoikkeamaan: reisiluun sisäkierto, polven valgus ja jalkaterän yli-pronaatio*. Oleellista myös polven kannalta on kiinnittää huomiota lonkan loitontajien ja ulkokiertäjien harjoitteisiin. (Stolt & Saarikoski 2016, 25).

Viimeaikainen esille noussut ymmärrys myofaskiaalisista linjoista, jotka koostuvat lihaksien, jänteiden ja sidekudoskalvojen rakenteellisista yhteyksistä, on merkittävää tuki- ja liikuntaelimistön ongelmien kannalta. Tutkimuksissa on havaittu jalkaterän lyhennyksen aktivoinnin stimuloivan syvää frontaalista myofaskiaalista linjaa ja lisäävän proksimaalisen sekä lateraalisen linjan vakautta. Jalkaterän lyhennys -liikkeen harjoittelu seitsemänä päivänä lisäsi keskimmäisen pakaralihaksen, joka on ensisijainen lonkan loitonnuksessa, aktiivisuutta 200 %. Alaraajojen nivelrikon hoidossa on siis hyvä ottaa huomioon myös jalkaterän pikkulihakset, joiden heikkous aiheuttaa liikkumisessa tarpeetonta mekaanista kuormitusta luille ja pehmytkudoksille koko alaraajassa. (Stolt & Saarikoski 2016, 52-58.)

3.4 Alaraajan nivelrikon itsehoito

Hurleyn ym. (2018) tekemän katsauksen mukaan krooniset polvi, - tai lonkkakivut vaikuttavat ihmisen kaikkiin elämän osa-alueisiin. Ihmisten uskomukset kroonisesta kivusta muokkaavat heidän asenteitaan ja käytöstapojaan kivunhallinnassa. Ihmiset ovat usein hämmästyneitä, eivätkä ymmärrä täysin kivun syytä, vaihtelevuutta sekä satunnaisuutta. Ilman riittävää ohjausta ja neuvontaa terveydenhuollon ammattilaisilta, ihmiset eivät tiedä, mitä heidän pitäisi ja ei pitäisi tehdä, ja näin ollen usein pelätään liikkua riittävästi kivun pelossa. Tietyntylaiset harjoitusohjelmat saattavat parantaa fyysistä toimintakykyä, lisätä minäpystyvyyttä, lieventää kipua ja masennusta. (Hurley ym. 2018.)

Pellisen (2014) mukaan tiedon tarve on korkea nivelrikon itsehoidossa. Eniten tiedon tarvetta on kivun hoidon- ja hallintakeinoista, sitten nivelvammojen ehkäisystä ja liikuntaharjoittelusta, vähiten laihduttamisesta. Tiedon tarpeen ja oireiden kokemisen sekä tunteiden välillä on merkittävä yhteys. (Pellinen 2014.)

Liikkumattomuus ja painonvarauksen puute johtavat ruston rappeutumiseen, pehmentymiseen ja nivelrikkoon, joten säännöllinen kuormitus on elinehto nivelruston hyvinvoinnille. Toisaalta taas on mahdollista, että liian kova ja yksipuolinen kuormitus voi myös heikentää nivelrustoa. Liian kovasta harjoittelusta kertoo liikuntasuorituksen jälkeinen yli kaksi tuntia jatkuva nivelkipu, turvotus ja lisääntynyt liikerajoitus. On myös hyvä muistaa, että nivelrikkopotilaillakin myönteiset harjoitteluvaikutukset häviävät, jos liikunta lopetetaan. (Fogelholm ym. 2011, 163-165.)

Polven nivelrikosta kärsiville hyviä liikuntamuotoja ovat lajit, joissa nivelpintojen iskukuormitus jää vähäiseksi eikä koko kehon paino tule terävästi polven ja alaraajojen päälle. Tällaisia lajeja ovat mm. hiihto, pyöräily, kävely, rauhallinen tanssi, kotivoimistelu, uinti ja vesijumppa. Myös monet kuntosalilaitteet soveltuvat hyvin polven nivelrikon hoitoon. Lonkan nivelrikossa voidaan soveltaa samoja liikuntasuosituksia kuin polvinivelrikossa. (Fogelholm ym. 2011, 165.)

Nivelrikosta aiheutuvaa kipua voidaan hoitaa eri menetelmin. Kylmä- ja lämpöhoidot sekä sähkökipuhoito TENS-laitteella soveltuvat hyvin itsehoitoon. Tarvittaessa oireita voidaan hoitaa lääkkeillä, jotka lievittävät kipua ja parantavat toimintakykyä. Kipulääkkeen avulla liikkuminen helpottuu ja parhaaseen tulokseen päästäänkin, kun lääkitys yhdistetään liikuntaan ja muihin lääkkeettömiin hoitoihin. (Suomen Nivelyhdistys 2018.)

Nivelrikkoa sairastavalle suositellaan monipuolista ruokavaliota, jotta riittävä ravintoaineiden saanti tulee turvatuksi. Alustavien tutkimusten mukaan alhainen C-vitamiinin saanti saattaa altistaa nivelrikon kehittymiselle, mutta tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. C-vitamiinia saadaan riittävästi, kun syödään vähintään puoli kiloa kasviksia, hedelmiä ja marjoja päivittäin. D-vitamiinin riittävä saanti on tärkeää nivelrikon hoidossa, puutteellisen D-vitamiinin saannin on esitetty altistavan nivelrikon kehittymiselle ja kivulle herkimiselle, mutta toisaalta luotettavaa tutkimustietoa ei asiasta vielä ole (Heikkilä 2019; Vaishy ym. 2019 .)

Epäsopivat kengät aiheuttavat epäedullisia muutoksia kehon kineettisessä ketjussa, jolloin alaraajojen nivelten kuormitus lisääntyy ja nivelrikon riski kasvaa. Korkeat korot saattavat osaltaan vaikuttaa siihen, että polven nivelrikko on yleisempää naisilla kuin miehillä. Itsehoidon ohjauksessa tulisikin kiinnittää huomiota myös sopiviin kenkiin ja kannustaa kävelemään paljain jaloin. (Stolt ym. 2016, 122-131.)

3.5 Itsehoidon ohjauksen vaikuttavuus alaraajan nivelrikon hoidossa

Itsehoidon ohjauksen vaikuttavuuden arvioiminen alaraajan nivelrikon hoidossa on haastavaa. Tutkimukset itsehoidon vaikuttavuudesta ovat keskittyneet arvioimaan kipua ja toimintakykyä, mutta tämä ei kerro välttämättä mitään asiakkaan itsehoidon taitojen lisääntymisestä. Vaikka tutkimuksissa kivussa ja toimintakyvyssä ei olisikaan tapahtunut merkittäviä muutoksia, se ei välttämättä kerro siitä, että itsehoidon ohjaus olisi epäonnistunut. Eyles ym. (2017) selvittivät kirjallisuuskatsauksessa luotettavia mittareita itsehoidon ohjauksen arvioimiseen nivelrikon hoidossa ja tulivat siihen lopputulokseen, että luotettavaa arviointityökalua ei ole vielä kehitetty. (Eyles ym. 2017.)

Cagnin ym. (2017) tutkimuksessa selvisi, että mitä kykeneväisemmiksi ihmiset tunsivat itsehoidon taitonsa, sitä parempi heidän terveydentilansa oli. Tutkimukseen osallistui 207 ihmistä, joilla oli keskiloppuvaiheen nivelrikko polvessa. Tutkimuksessa ehdotetaan, että polven nivelrikon hoidossa on vielä paljon tilaa ohjaukselle, tuelle ja asiakkaan voimaannuttamiselle. (Cagnin ym. 2017.)

Gayn ym. (2016) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan terapeuttisen harjoittelun ja laihduttamisen ohjauksen katsotaan olevan ensisijainen hoitokeino polvi- ja lonkkanivelrikkoon. Katsauksen perusteella on selvää näyttöä siitä, että opetus yhdistettynä fyysiseen aktiivisuuteen on tehokkain lääkkeetön keino alaraajan nivelrikon hoidossa. (Gay ym. 2016.)

Tepon ym. (2012) 12 kuukauden seurantatutkimuksessa havaittiin itsehoidon ohjauksen parantavan polvioireisten potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Asiakkaat olivat pääosin polven nivelrikkoa sairastavia, jotka saivat yksilöllisesti itsehoidon ohjausta liittyen sairauden hoitoon, kipuun, painonhallintaan ja omatoimiseen harjoitteluun. Seurantaajan lopussa konservatiivisella hoitolinjalla oli edelleen 86 % osallistujista ja 14 % oli päätenyt operatiiviselle hoitolinjalle. Fysioterapeutin tekemät tutkimukset selvensivät potilaalle polven hoitoperiaatteita 54 %:n mielestä erittäin paljon tai paljon, 2 %:n mielestä ei lainkaan. (Teppo ym. 2012.)

Colemanin ym. (2012) tekemässä satunnaiskontrolloidussa tutkimuksessa itsehoidon ohjauksella oli merkittävä vaikutus kipuun, elämänlaatuun ja toimintakykyyn polven nivelrikkoa sairastavilla. Colemanin ym. (2012) tutkimuksessa osallistujat saivat viikoittaista 2,5 tuntia kestäväää ohjausta kuuden viikon ajan.

Fernandesin ym. (2010) satunnaiskontrolloidussa tutkimuksessa itsehoidon ohjauksella ja itsehoidon ohjauksella yhdistettynä terapeuttiseen harjoitteluluun ei olisi verrattuna merkittävää vaikutusta kipuun, mutta saattaisi vaikuttaa toimintakykyyn lonkan nivelrikoa sairastavilla. Fernandesin ym. (2010) tutkimuksessa itsehoidon ohjaus käsitti kolme ryhmämuotoista kertaa ja yhden yksilöfysioterapian.

Käypä hoito -suosituksen (2018) mukaan itsehoidon ohjauksella ei ilmeisesti ole vaikutusta kipuun tai toimintakykyyn polvi- ja lonkkanivelrikon hoidossa, mutta keski-ikäisillä polvinivelrikkopotilailla itsehoidon ohjauksella on todettu olleen vaikutusta Yhdysvalloissa vuonna 2010 tehdyssä satunnaistetussa kontrolloidussa kokeessa. Kroonin ja van der Burgin (2014) tekemän 29 tutkimusta käsittäneen kirjallisuuskatsauksen mukaan itseohjauksella olisi vähän tai ei mitään hyötyä nivelrikon hoidossa. Verrattuna yleiseen hoitoon itsehoidon ohjauksella saattaa olla hieman vaikutusta itsehoidon taitoihin, kipuun ja nivelrikon oireisiin.

Yhteenvetona voidaan itsehoidon ohjauksen vaikuttavuudesta alaraajan nivelrikon hoidosta todeta: tutkimusten mukaan ohjauksella on hieman vaikutusta kipuun ja toimintakykyyn. Toisaalta tämä ei välttämättä kerro mitään ihmisen itsehoidon taitojen kehittymisestä, johon luotettavaa mittaria ei toistaiseksi ole. Cagninin ym. (2017) tutkimuksessa todettiin selkeä yhteys itsehoidon taitojen ja paremman elämäntilanteen välillä, joten jatkossakin on syytä panostaa riittävästi itsehoidon ohjaukseen terveydenhuollon piirissä.

4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMISKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa informaatiota TULE-tietokeskukselle ja Turun lääkinnälliselle kuntoutukselle alaraajainfo-ryhmään osallistuneiden asiakkaiden kokemuksista infotilaisuuteen liittyen. Näitä kokemuksia voidaan myöhemmin käyttää hyväksi tilaisuuden kehittämisessä ja tutkittaessa itsehoidon ohjauksen vaikuttavuutta.

Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla alaraajainfo-ryhmään osallistuneiden kokemuksia infosta ja arjestaan sen jälkeen, jotta itsehoidon ryhmän toimintaa ja infosisältöä voidaan kehittää haluttuun suuntaan.

Tutkimuskysymykset/-ongelmat:

1. Millaisia kokemuksia ryhmään osallistuvilla henkilöillä oli sen toiminnasta?
2. Miten asiakkaat kokevat arjen muuttuneen alaraajainfoon osallistumisen jälkeen?
3. Mitä alaraajainfoon osallistuneet henkilöt olisivat kaivanneet lisäksi?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyö on tyypiltään tutkimuksellinen opinnäytetyö. Koska tarkoitus on tuottaa uutta tietoa, selvittää ja kuvailla asiakkaiden kokemuksia, tutkimustyyppi on valittu laadullinen tutkimus (Vilkkä 2015, 118). Laadulliselle tutkimukselle on usein tyypillistä hypoteesittomuus, eli tutkimusta ei rakenneta jonkin olemassa olevan teorian vaaraan, vaan aineistoa lähestytään induktiivisesti, antaen aineiston muodostaa uusi teoria. Laadullisessa tutkimuksessa myös otantamäärät ovat yleensä melko pienet, mikä tukee kyseisen menetelmän valintaa. Aineistonkeruumenetelmänä käytetään puhelimitse tehtävää teemahaastattelua ja aineisto analysoidaan sisällönanalyysin keinoin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2009, 18.)

5.1 Tutkimusjoukko

Laadullisella tutkimuksella pyritään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä tai tapahtumaa. Tällöin myös tutkimukseen valittavien henkilöiden valinta ei ole sattumanvaraista, vaan heillä on näkemys tai kokemus tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi, 2018, 98.) Tässä tapauksessa opinnäytetyön tutkimusjoukon muodostavat 14 Turun lääkinnällisen kuntoutuksen asiakasta, jotka ovat osallistuneet talven 2019 aikana alaraajainfo-ryhmään lääkärin tai sairaanhoitajan lähettäminä.

Kyseistä asiakaskuntaa yhdistää alaraajoihin, lonkkaan, polveen tai nilkkaan kohdistuva vaiva, jonka vuoksi he ovat hakeutuneet lääkäriin. Yleisin asiakkaiden ongelma on nivelkulumia polvessa tai lonkassa. Fysioterapian sijaan heille on ehdotettu ammattilaisen toimesta kertaluontoista 90 minuuttia kestävä alaraajainfo-ryhmää, josta he saisivat opastusta vaivansa itsehoidon tukemiseksi.

Alaraajainfo järjestetään kerran kuukaudessa Turun pääterveysasemalla. Tilaisuuden ohjaa TULE-tietokeskuksen fysioterapeutti. Tilaisuus on jaettu tiedolliseen ja toiminnalliseen osioon: tiedollisessa osiossa asiakkaat saavat tietoa nivelrikosta, alaraajojen ongelmiin liittyvistä tekijöistä, kuten alaraajojen virheellisistä linjauksista ja riittävän lihasvoiman tarpeellisuudesta, sekä siitä miten voidaan vaikuttaa ja hoitaa tämän tyyppisiä vaivoja. Toiminnallisessa osiossa käydään fysioterapeutin ohjaamana läpi harjoitteita, joilla vahvistetaan alaraajojen lihaksia. Asiakkaat saavat mukaansa infolehtisen, jossa

läpikäyty tieto on esitetty tiivistetysti. Infolehtinen sisältää myös runsaasti harjoitteita ja ohjeet niiden suorittamiseen.

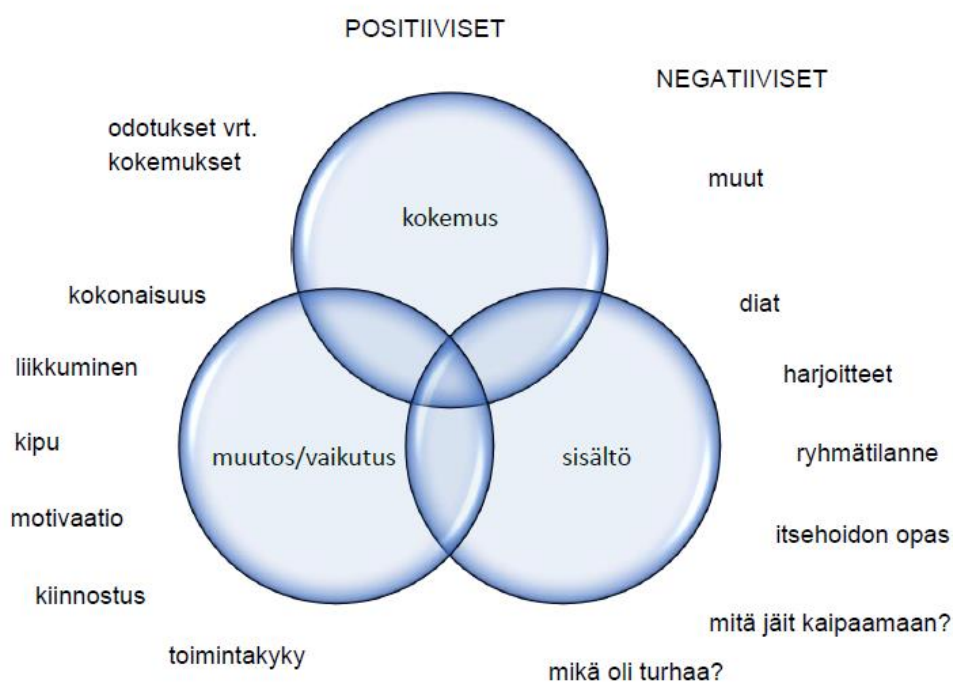
5.2 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä

Toimeksiantajan toiveiden mukaan aineisto kerättiin haastatteleamalla. Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, sillä haastattelun aiheita haluttiin rajata, jotta saatavien vastausten merkitykset kohdistuisivat mahdollisimman monipuolisesti tutkimusongelmiin (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 75). Samalla haluttiin kuitenkin säilyttää keskustelun vapaa kulku ja mahdollisuus uusien keskustelupolkujen synnylle (Kananen, 2015, 146-148). Teemahaastattelua suositaan laadullisissa tutkimuksissa yhtenä aineistonkeruumenetelmänä, sillä siinä kuuluvat tutkittavien oma ”ääni” ja näkökulmat (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 164). Tuomi ja Sarajärvi kuvaavat: *Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä sekä sitä, miten merkitykset muodostuvat vuorovaikutuksessa*. Koska tutkimuksen kohteena olivat asiakkaiden kokemukset infosta, teemahaastattelu oli luonteva valinta aineistonkeruumenetelmäksi.

Haastateltavien rekrytointi tapahtui tammi- ja helmikuun infotilaisuuksissa, joissa heiltä pyydettiin kirjallinen lupa haastatteluun osallistumisesta. Paikan päällä tapahtuvaa rekrytointia puoltavat aineistonkeruumenetelmissä kuvattu sähköisten kyselyiden/haastatteluiden yhteydessä esitetty kompastuskivi: alhainen rekrytointi-/vastausprosentti (Kananen 2015, 187, 211). Teemahaastattelut suoritettiin kaksi kuukautta rekrytointien jälkeen, eli ensimmäiset haastattelut (11 kpl) maaliskuussa ja jälkimmäiset (5 kpl) huhtikuussa. Sama henkilö suoritti kaikki haastattelut. Haastattelut toteutettiin puhelinhaastatteluina, jotka nauhoitettiin ulkoisella nauhurilla. Yksi haastatteluista epäonnistui teknisten ongelmien vuoksi ja yhteen haastateltavista ei saatu yhteyttä, joten lopulta nauhoitettuja haastatteluja kertyi 14 kpl.

Haastattelua ohjattiin etukäteen valittujen teemojen yhteydessä avoimilla ja syventävillä kysymyksillä (Kananen 2015, 150-151). Syksyllä 2018 opinnäytetyöryhmä kävi osallistumassa alaraajainfoon. Tutkimuskysymysten ja tilaisuudessa nousseiden asioiden perusteella ryhmä rakensi haastattelun teemoja perustuen niihin kohtiin, joista oltiin kiinnostuneita opinnäytetyötä varten. Haastattelurunko koostui lopulta kolmesta pääteemasta: asiakkaan kokemukset, mahdollinen muutos arjessa ja tilaisuuden sisältö (Kuva

4). Jokaisesta teemasta syntyi alateemoja, joiden tarkoitus oli toimia haastattelijan muistilistana ja kiintopisteinä keskustelun lomassa (Hirsjärvi & Hurme 1995, 41-42). Haastattelun kysymysrunko löytyy liitteestä 1. Laadulliselle tutkimukselle ei ole tarkkaa sääntöä siitä kuinka suuri tutkimusaineiston pitäisi olla. Kysymys on aineiston laadusta, ei määrästä. (Vilkkä 2015,152).



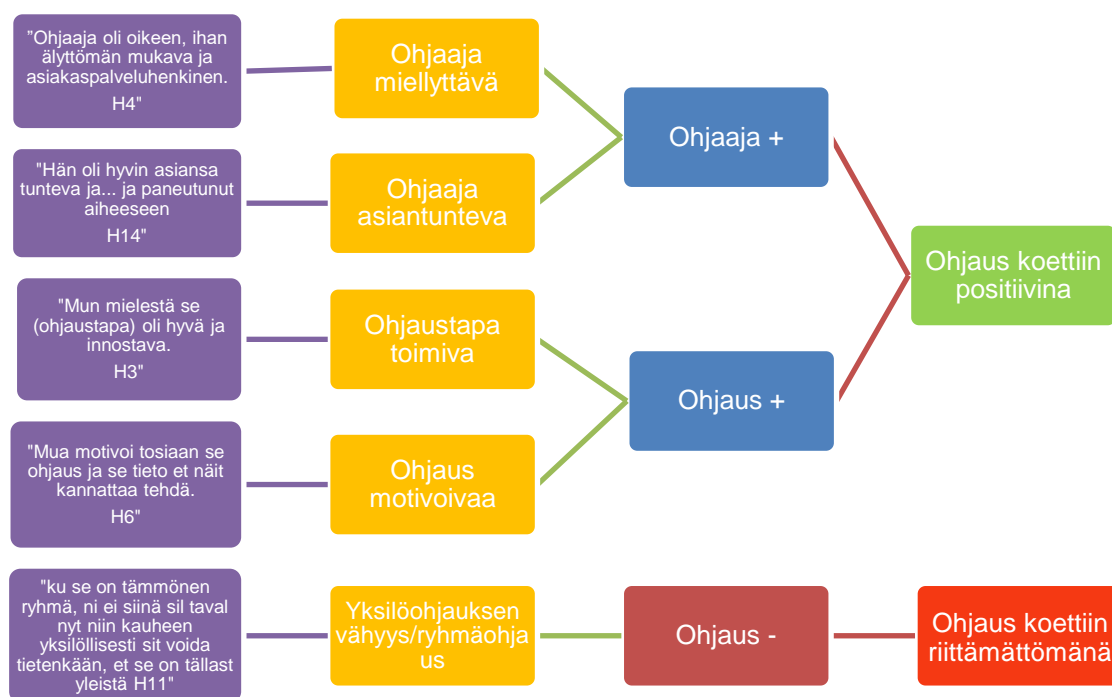
Kuva 4. Teemahaastattelun runko.

5.3 Opinnäytetyön analyysimenetelmä

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Ennalta määrättyjä analyysiyksiköitä ei ole, vaan ne valitaan aineistosta tutkimuskysymysten ja tarkoituksen ohjaamina (Tuomi & Sarajärvi 2018, 108). Aineistolähtöistä sisällönanalyysin valintaa tukee myös teorian/hypoteesin puuttuminen sekä aineiston itsessään luoma oma kehysensä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tuomi ja Sarajärvi (2009) kirjoittavat, että puhtaan aineistolähtöisen tutkimuksen toteuttamista vaikeuttaa yleisesti hyväksytty periaate havaintojen teoriapitoisuudesta ja ajatus siitä, että objektiivisia puhtaita havaintoja ei ole olemassa. Opinnäytetyön edetessä onkin pyritty

jatkuvasti harkiten punnitsemaan tekijöiden omien paradigmojen vaikutusta aineiston analyysiin, ja siten myös arvioimaan objektiivisesti niitä havaintoja mitä aineisto tuottaa.

Sisällönanalyysi eteni haastattelujen tarkasta litteroinnista, pelkistämiseen ja ryhmitteilyyn. Litteroinnit suoritettiin yksilöllisesti, mutta pelkistämisen ja ryhmittelyn opinnäytetyöryhmä teki yhdessä. Litteroinnin yhteydessä haastateltaville luotiin anonymiteetti, haastattelut nimettiin ainostaan H-kirjaimella ja järjestysnumerolla, esim. H1. Aineisto käytiin läpi tutkimuskysymysten ohjaamina ja siitä etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut, jotka sen jälkeen pelkistettiin. Tämän jälkeen havaintoja verrattiin toisiinsa ja löydettiin yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia, jotka muodostivat alaluokkia. Näiden alaluokkien keskinäisestä vertailusta muodostui yläluokkia, jotka kokemuksen mukaan jakaantuivat positiivisiin ja negatiivisiin kokonaisuuksiin. Kuvassa 5 on esitetty esimerkki sisällönanalyysin prosessista, jossa kuvaillaan asiakkaiden kokemuksia infotilaisuuden ohjauksesta. (Tuomi & Sarajarvi, 2018, 122-127.)



Kuva 5. Esimerkki analyysiprosessista.

Sisällönanalyysin viimeinen tarkistus, prosessikuvauksen ja saatujen tulosten kirjoittaminen jaettiin yhden henkilö tehtäväksi, joka informoi opinnäytetyöryhmää alituisesti, jotta eriäviä tulkintoja ei päässyt syntymään.

Sisällönanalyysistä nousivat tutkimuskysymysten ohjaamina esiin kolme pääryhmää: asiakkaiden kokemukset, muutokset arjessa ja infotilaisuuden kehittämis ehdotukset. Kokemusten suhteen vastauksia tuli hyvin monipuolisesti ja alaluokkia syntyi useita. Korkeimmalla tasolla kokemukset jakaantuivat selkeästi positiivisiin, negatiivisiin ja neutraaleihin. Muutokset arjessa ja kehityskohteet eivät olleet samalla tavalla jaoteltavissa, mutta niidenkin osalta löydettiin yhdistäviä yläluokkia. Hieman analyysin puolivaiheen ylittyessä vastaukset alkoivat toistumaan ja aineisto saturoi.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tulosten tulkinnassa pyritään kuvaamaan yksilöllisesti asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia, mutta myös esittämään yleisesti koko tutkimusjoukkoa tai osaa siitä yhdistäviä asioita, mikäli sellaisia on selkeästi havaittavissa. Tarkoitus ei ole esittää vaikuttavuutta todentavia tuloksia infotilaisuuden ja asiakkaan voinnin välillä. Mikäli asiakas on kokenut yhteyden näillä asioilla, tarkoitus on kuvata tätä kokemusta, sillä tällöin on kyse asiakkaalle tärkeiden asioiden merkityksestä. Tulokset on kuvattu tutkimusongelmittain. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 262-263.)

Tulosten tulkinnalla oli myös merkittävä vaikutus teoreettisen viitekehyksen lopulliseen muodostumiseen. Työn suunnitelmavaiheessa viitekehyksen sisältö painottui vahvasti nivelrikkoon ja sen hoitoon. Tulosten tulkinnan jälkeen koko työ sai uudenlaisen suunnan, jossa itsehoito ja itsehoidon ohjaus nousivat merkittävään osaan.

6.1 Osallistujien kokemukset

Osallistujien kokemuksista oli selkeästi löydettävissä jako positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin. Positiiviset kokemukset pitivät sisällään viitekehyksessäkin esiintulleita asioita, jotka tutkimusten mukaan edesauttavat asiakkaan sitoutumista itsehoidon toteutukseen. Näitä olivat erityisesti hyvä ja motivoivaksi koettu ohjaaja ja ohjaus. Asiakkaat kokivat saamansa informaation hyödylliseksi, harjoitteet olivat mieleenpainuvia ja ryhmätilaisuus ja sen tuoma vertaistuki koettiin positiivisinasi asioina. Yksilöohjauksen vähyys ja tilaisuuden kertaluontoisuus koettiin heikentävän itsehoitoon sitoutumista. Moni vastaaja koki myös lähettävältä taholta saamansa ennakkoinformaation puutteelliseksi tai epäselväksi.

Vastausten mukaan tilaisuus koettiin pääosin positiivisena. Nekin, jotka eivät omalla kohdallaan kokeneet tilaisuudesta olevan hyötyä, mainitsivat kuitenkin tämäntyyppisen intervention olevan hyödyllinen monelle muulle.

"Positiivinen tilaisuus kaiken kaikkiaan"(H12)

"Todella hyvällä fiiliksellä sieltä lähdin."(H4)

"No aattelin kyllä et mä oon ihan tylsistynyt siellä, mutta en sitten ollut... Ja se oli tosiaan hyvä."(H6)

Yhtenä suurimpana positiivisena ja itsehoitoa tukevana tekijänä vastaajien mielestä toimi tilaisuutta ohjannut fysioterapeutti. Hänen ohjauksensa ja ohjaustyyliinsä koettiin ammattitaitoiseksi, asiakaslähtöiseksi ja selkeäksi.

"Hän oli hyvin asiallinen ja mukava."(H11)

"Hyvää oli ohjaus. Tosi selkeätä ja sellasta helposti ymmärrettävää."(H4)

"Se oli niinku ihan oikea tapa niinku antaa tämmöst... Tämmöst näin ohjausta ja neuvoja."(H8)

Tilaisuuden sisältämä informaatio, käytetty luentomateriaali ja itsehoidon opas olivat vastaajien mielestä pääosin selkeitä, ymmärrettäviä, tarpeellisia ja hyödyllisiä. Positiivisia kokemuksia näistä oli enemmistö.

"Sain tosi hyviä vinkkejä."(H4)

"Se oli mun mielestä hyvin informatiivinen"(H12)

"Se (diasisältö) oli ihan hyvä. Perusteellinen."(H6)

"Kyl se (itsehoidon opas) ihan hyödyllinen on."(H3)

Negatiiviset tai neutraalit kokemukset jäivät vastausten perusteella yksittäisiksi kokemuksiksi.

"Mul jäi epäselväks, et jos on kipu pääl... pitääk hellittää silloin ku kipu on pääl."(H8)

"Asiat oli aika tuttuja oikeestaan mitä siin nyt kerrottiin."(H11)

Vastaajat kokivat ryhmämuotoisen ohjaustilaisuuden vaihtelevasti hyvänä ja huonona asiana. Ryhmäintervention etuina vastaajat kertoivat ryhmässä harjoittelun olevan mukavampaa ja tarjoavan vertaistukea.

"Ryhmässä niin ku tekeminen on niiku paljon hauskenpaa."(H4)

"Siinä tulee sitä tulee vertaistukea myöskin ja näkee, että toisilla on samanlaisia oireita ja tarpeita."(H1)

"Etten mä ainkaa yksin oon tän asian kanssa. Et se oli ihan täys... Täys muistakin vastaavassa tilanteessa olevia."(H6)

Vastausten perusteella osa koki ryhmätilaisuudessa tarjottavan ohjauksen riittävän yksilöllisenä ja osa taas riittämättömänä. Muita negatiivisia kokemuksia ryhmätilanteesta aiheuttivat kiire ja ryhmän koko.

*"Kyl se sillon kun oikein henkilökohtasesti saa tämmöst henkilökohtast... Niinku taval-
laan henkilökohtast opetusta niin...Tuli niinku hyvä mieli sen kurssin jälkeen."(H8)*

"Siellä ei voinut mennä yksilötasolle kovinkaan paljon."(H6)

*"Vähän liian monta osallistujaa sit kuitenkin niin pieneen, tota... hetkeen... Ei pysty ky-
symään kaikkee siel eikä ehdi ku se on niin rajattu se aika... Ku ne tehtiin sit ne kaikki
niin kauheen äkkiä, koska siin ei ollu sitä aikaa niin paljon."(H9)*

Negatiivisena kokemuksena moni vastaaja mainitsi lähettävältä taholta saadun ennak-
koinformaation vähyiden sekä sen epäselvyyden. Tämä johti usean vastaajan kohdalla
siihen etteivät he tienneet mihin olivat tulossa.

*"Ku mä en tiennyt yhtään mitään, ku lääkäri vaan kysy et haluaisitko mennä semmo-
seen... Mä en sitä kysynyt itse sen enempää ja hän ei sitä kertonut... En, en kyllä oi-
keen tiennyt mihin olen tulossa."(H5)*

*"Mä oletin että kun... Kun tota, terveyskeskus on Runosmäessä nii mä oletin et se on
siellä ilman muuta, ei se kyselly sen enempää... Ja se oli huono asia."(H13)*

*"Ei mul ollu mittää odotuksii ku en mä oikeen... Tienny mikä on homman nimi, mul
vaan sanottii alaraajainfo."(H3)*

*"Lääkäri totes vaan et on olemassa sellanen polviryhmä. Et meepä tonne infoon ja
varaa ittelles aika... Se oli tämmönen hyvi, ei kauheen selittävä, vaan et tääl on polvi-
ryhmä... Siin infossa ihmeteltiin et mikähän se sellanen on."(H6)*

6.2 Osallistujien arjen muutokset

Vastausten perusteella osa vastaajista on kokenut infotilaisuuden jälkeen muutoksia ar-
jessaan. Osa vastaajista kokee muutoksen johtuvan infotilaisuuden jälkeen tapahtu-
neesta toiminnan muutoksesta, osa vastaajista ei yhdistä muutosta mihinkään, tai yhdis-
tää sen johonkin muuhun konkreettiseen asiaan. Osa ei ole huomannut muutosta arjen
toiminnoissaan.

Muutokset voidaan yläluokittain jakaa kognitiivisiin, toiminnallisiin ja fyysisiin muutoksiin. Kognitiivisiin muutoksiin kuuluvat motivaation kohentuminen, liikkumispelon vähentyminen, muutos ymmärryksessä/minäpystyvyydessä ja käsityksen vahvistuminen liikkumisen hyödyllisyydestä. Toiminnallisiin muutoksiin kuuluvat vastaukset, jotka kuvaavat jonkin toiminnallisen muutoksen tuontia omaan arkeen, kuten harjoitteiden tekeminen ja lisääntynyt liikkuminen. Fyysisillä muutoksilla tarkoitetaan asiakkaan kokemaa muutosta omassa kehossaan ja sen toiminnassa, esim. kivun vähentyminen ja liikkeenhallinnan parantuminen.

"Ei oo ollenkaan niin paljoo(kipua). Säryt on kaikki niinku hävinny melkeinpä kokonaan. Niit on aina joskus silloin tällöin, mut ei läheskään niin usein kuin silloin aikasemmin. Aa, kyl mä reippaammine ulos lähden. Että tollee, seon se on niiku tuonut iloo kun ei oo kipuja justiinsa. Lähtee mielekkäämmiin pihalle liikkumaan."(H4)

"Tää tota noin ainakin siinä treenattiin just öö vähän nilkkoja asentoja ja tämmöstä öö taivuttelua. Niin se nyt ainakin niinku pikkusen auttanut hakemaan tasapainoa niinku omaan kävelemiseen ja korjaamaan sitä mikä on virheellistä... Et on niin ku oppinut pikkusen tunnistamaan et missä kohtaa se oikeesti se hyvä keskipiste on ja parempi jalan asento...parempi nivelten tää näin nii ku hallinta. Ei vedä sellasin ääriasentoihin enää."(H4)

"A: Ja nyt mä uskallan enemmän polkee tota, tota noin tota kuntopyörää H:Koeksä jotenkin et tää alaraajainfo olis antanu sulle periaattees enemmän semmosta uskallusta tehdä ja liikkua A: joo, ilman muuta. Kyllä."(H6)

"H: Koeksä et tää, tää tilaisuus jotenkin motivoi sua jotenkin liikkumaan enemmän tai jotenkin muuttamaan jotain? A: No oikeastaan kyllä. Tuli taas muistutettua tästä liikkumisen tärkeydestä. On sitten tullut kyllä enemmän kokonaisuutena liikuttua et..." (H5)

"Et kyl mä niinku opin sielt sit sen ainakin et se on se... Oma liikkuminen hyvin tärkeää ja... Mä tiedän sen et se täytyy... Täytyy niinku itse ruveta hoitamaan itseänsä."(H8)

Osa vastaajista ei kokenut muutoksia arjessaan. Osa kokeneista yhdisti muutokset johonkin muuhun konkreettiseen asiaan kuten lääkärin antamaan kortisoni-injektioon tai inkiväärishottien juomiseen.

"No se ei paljon ole vaikuttanut eli, kun arkeni kulkee niin määrättyjä ratoja."(H1)

"Eemmä, emmä, emmää saanu siit kyl mittää hyötty et ei."(H2)

6.3 Kehittämisehdotukset

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli mitä asiakkaat haluaisivat lisää tai kokivat puuttuvan infotilaisuudesta. Suurimmat esiin nousseet asiat koskivat yksilöllisemmän ohjauksen tarvetta ja tapaamisten jatkuvuuden puutetta.

Yksilöllisemmän ohjauksen tarve esiintyi erilaisessa muodossa useammalla vastaajalla. Asiaa perusteltiin suurella ryhmäkoolla, toivottiin enemmän ohjaajia, toivottiin tasoryhmiä ja toivottiin suoraan yksilöllisempää ohjausta. Myös mahdollisesti oma motivaatio itsehoitoon kuvailtiin olevan parempi, mikäli ohjaus olisi yksilöllisempää.

"Vähän liian monta osallistujaa sit kuitenkin niin pieneen, tota... Hetkeen... Et jos olis ollu niinku vähän vähemmän, nii ois voinu ehkä vähän enemmän jotain... Niinku kysyy tai saada niinku ohjausta tai opastusta. Niin tota noin... Sit ei niinku sillai ku hän ei kuitenkaan pystyny kaikkii kattomaan sillai et tekeek joku sen just ihan niinku... Ja sit sillai niinku opastamaan sit niinku... Niin sillai, henkilökohtasest siin et jos siin ois ollu sillon vaik sit useampi niinku opastamas liikkeitten tekemises."(H9)

"Ehkä niin että, lieviin tilanteisiin ja, ja, ja hankalampiin tilanteisiin, vois tietysti jakaa sitä porukkaa."(H12)

"Ehkä se sit jos se oli yksilöohjausta, niin se tota, ehkä se olis semmonen, paneutuis enemmän siihen, juuri siihen ongelmaan mikä on."(H5)

Toinen vastausten perusteella esiin noussut puute oli ryhmän jatkuvuus. Vastaajat toivoivat useampia tapaamiskertoja ja uskoivat sen vaikuttavan motivaatioonsa itsehoitoon sitoutumisessa. Esiin nousi myös toive ryhmään osallistumisen nopeutumisesta.

"Kun mähän sain tän syksyllä jo tietää, niin se vuosi oli nii ku täysi. Et voi olla niitä vois pitää useempia. Et kaikki pääsis sit sinne aina ku kaikki haluaa."(H6)

"Kokoontuis tieksä kerran kuukaudessa, vaikka joku viiskin kertaa tai mikä kolme kertaa, nii et ihmiset niinku todella ryhtyis noudattaa sitä opasvihkosta ja olis niinku pieni tämmönen tarkistus sen jälkeen niin... mä luulen et se olis kyl tosi hyvä."(H10)

"Niis täytyis olla sitten niin ku- sen täytyis toistua ja sitten niin ku tarttis, tarttis.. ehkä niin ku olis joku semmonen kontrollikäynti."(H12)

Tilaisuuden markkinointi tai tilaisuudesta parempi tiedottaminen asiakkaille koettiin myös kehittämisen kohteeksi.

"Sellattii että se siihen vois niin ku lisätä mainostusta vähän, nii ku sen puoleen että sopii ku niin ku myös muillekin kuin niin niinku iäkkäämmille. Useammin voi olla niin ku myös nuorten puoleen kanssa."(H4)

"On ollu hyötyä ja kyl mä niinku suosittelen, et jos niit jatketaan ja tämmösi... jokasel jotain vaivaa niinku... ilmenee, niin lääkärit vois kyl jokasel sitä suositella."(H8)

Yksittäisiä kehitysideoita saivat myös kivunhoidon infon lisääminen, polven linjausten painottaminen ja tilan tuolien määrän lisääminen.

Aiemmin käsiteltyjen negatiivisten kokemusten kohdalla mainittiin vastaajien saaman ennakkoinformaation vähyys. Kyseinen teema toistui useamman haastattelun kohdalla spontaanisti, eli ilman, että haastattelija sitä erityisesti kysyi. Tämä teema liitettiin toistuvien vastausten vuoksi haastattelurunkoon ja jatkoi toistumistaan. Opinnäytetyötiimi omasta puolestaan ehdottaa kehitysideaksi infotilaisuuden tarkoituksen selventämisen asiakkaalle eri hoitohenkilökunnan toimesta. Asiakkaan riittävällä informoinnilla voidaan ehkäistä vääränlaisten mielikuvien syntymistä ja orientoida asiakasta tilaisuuteen osallistumista varten. Riittävä informaatio on kokonaisuudessaan hyvän asiakaspalvelun merkki.

7 LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELU

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöissä on sitouduttu tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksiin (ARENE 2017). Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettisten periaatteiden mukaisesti tutkimukseen osallistuminen tulee olla vapaaehtoista, tutkittavia tulee informoida riittävästi tutkimuksesta, tutkittavia kunnioitetaan ja vapaaehtoisuuden periaatetta tulee noudattaa vuorovaikutustilanteissa sekä yksityisyyden suoja tulee säilyä koko tutkimuksen ajan (TENK 2009). Tieteellisen tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan työssä kiinnitetään erityisesti huomiota tietoaineistojen käsittelyyn (TENK 2012). Tutkittavien rekrytoiminen toteutettiin alaraajainfon yhteydessä, jolloin tutkittavilla oli mahdollisuus kysellä tutkimukseen liittyvistä asioista ennen suostumista. Suostumus annettiin kirjallisena samassa tilaisuudessa. Tutkimuslupaa ei tarvittu opinnäytetyössä, sillä opiskelijat rekrytoivat haastateltavat itse.

Aineistonhallinnalla tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineisto on luotu, tallennettu ja järjestetty siten, että aineisto säilyy käyttökuntoisena ja luettavana koko elinkaarensa aikana. Lisäksi varmistetaan tietosuoja sekä tietoturva aineiston käsittelyn kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyön kannalta tämä tarkoittaa sitä, että aineiston säilymisen käsittely suoritettiin huolellisesti ja osallistujien yksityisyyden suojaan kiinnitettiin erityistä huomiota. Haastattelut nauhoitettiin ulkoisella nauhurilla, jonka äänitiedostot käsiteltiin ja litteroitiin tietokoneilla, jotka eivät olleet kytkettynä verkkoon. Litteroinnin aikana haastateltaville luotiin anonymiteetti ja käytetyt äänitiedostot tuhottiin. Tekstitiedostot nimettiin järkevästi (haastattelu_1, haastattelu_2, jne.) ja siirrettiin lopuksi samaan paikkaan. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen tiedostot hävitettiin. (Tietoarkisto.)

Luotettavuuden näkökulmasta erityisesti ensimmäisissä haastatteluissa toistui haastattelijan johdattelu kysymyksissä, mikä johtui haastattelijan kokemattomuudesta. Haastatteluiden edetessä tähän kiinnitettiin erityisesti huomiota. Toinen luotettavuutta vähentävä asia on haastateltavien yleinen kohteliaisuus: negatiivisten asioiden tuominen saattoi jäädä vähemmälle ja tilaisuus koettiin todellisuudessa positiivisemmaksi kuin se oikeasti oli. Lisäksi äänenpainot ja haastateltavien tunteet rajattiin litteroinnissa ulkopuolelle joh-tuen ryhmän ammattitaidon puutteesta. Tämä saattoi myös vähentää hyödyllisen informaation poisjäämistä.

8 POHDINTA

Alaraajainfo-ryhmän kokemukset olivat pääosin positiivisia: tilaisuus koettiin hyödyllisenä ja osa asiakkaista koki arjessaan tapahtuneen muutoksia. Haastatteluiden tulokset ovat linjassa viitekehyksen tutkimusten kanssa, molemmissa itseohjaus koettiin positiivisena ja motivoivana asiana. Erona haastatteluissa ja viitekehyksen tutkimuksissa oli ohjauksen ajallinen määrä, joka oli selvästi suurempi tutkimuksissa ja osassa tutkimuksista asiakkaat saivat lisäksi yksilöllistä ohjausta.

Fysioterapeutin ohjaustaidot motivaation synnyttäjänä ja ylläpitäjänä korostuvat kerta-luontoisessa ohjauksessa. Opinnäytetyössä käytettyjen tutkimusten ja kirjallisuuden mukaan ohjauksessa tulisi välttää suoraa tiedon ja neuvojen antamista, vaan enemmänkin herätellä ihmisiä ajattelemaan itse omaa toimintaansa ja oppimistaan. Toisaalta taas, riippuen missä muutosvaiheessa ihmiset ovat, voi tiedon jakaminen olla riittävää muutoksen aikaansaamiseksi. Sisäisen motivaation merkitystä muutoksessa ei voi myöskään olla liikaa korostamatta, joten ohjauksessa tulisi pohtia: miten pystyn vaikuttamaan asiakkaan itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteiden tarpeisiin? Kertaluontoinen ryhmä ja rajattu aika tuovat tähän omat haasteensa. Toisaalta yhteenkuuluvuuden tunne vahvistuu ryhmässä syntyvällä vertaistuellalla, mikä tuli myös haastatteluista sekä tutkimuksista ilmi.

Tutkimuksissa on todettu ryhmämuotoisen itseohjauksen olevan parhaimmillaan yhtä hyödyllistä kuin yksilöohjauskin nivelrikon tapauksessa. Ryhmässä toteutettavat, mutta yksilöidyt harjoitukset asiakkaan vaivaan kohdistuen, koettiin tehokkaammiksi kuin standardisoidut harjoitteet kaikille, mutta tämä vaatii aikaa ja vaivaan perehtymistä sekä ohjaajalta asiantuntijuutta. Ryhmäohjauksessa tulisi myös kiinnittää huomiota hiljaisempiin asiakkaisiin, jotka eivät välttämättä osaa vaatia fysioterapeutin ohjausta.

Vaikka alaraajainfon ryhmäkoko onkin rajattu 15:sta osallistujaan on lähettävästä ta-
hosta kiinni pidetäänkö tästä kiinni. Tällä hetkellä ylivoimainen on mahdollista ja välillä tämä kuormittaa infotilaisuuksia: suuri ryhmäkoko aiheuttaa kiireen harjoitteita läpikäydessä eikä yksilölle jää paljoa aikaa. Toinen ryhmäkokoon liittyvä haaste on se miten saada kaikki ryhmään ilmoitetut henkilöt tulemaan paikan päälle. Valitettavan usein joku ilmoit-
tautunut jättää tulematta, mikä vie aina paikan toiselta osallistujalta, jonka pääsy ryhmään viivästyy. Asiakkaille mukaan annettava kirjallinen ohje, jossa kerrotaisiin mihin hän on osallistumassa, missä ja milloin sekä mihin ilmoittaa mikäli estyy osallistumasta,

saattaisi vähentää ilmoittamattomia poissaoloja. Paperisen ohjeen mukaan antaminen saattaa sitouttaa asiakkaiden osallistumista myös enemmän kuin sanallisesti annettu ohjeistus. Haastatteluista kävi ilmi, että osalla asiakkaista lääkäri varasi paikan ja osa asiakkaista varasi ajan itse terveystieteiden infosta. Varausprosessin yhtenäistäminen siten, että paikan varaaminen ja peruuttaminen tapahtuisi samalta taholta edesauttaisi ryhmäkohtaiseen hallintoon. Tämä vaatisi kuitenkin suurempaa järjestelmän selkiyttämistä ja toimintatapojen yhtenäistämistä, mikä voi olla hankalaa, sillä julkinen puoli on hyvin laaja ja monipuolinen. Ekologisesta näkökulmasta paperin käyttö ei ole kannattavaa, sillä inforyhmiä on useita erilaisia.

Haastatteluissa nousi selvästi esille toiveet ohjauksen jatkuvuudesta. Ottaen huomioon tämänhetkisen käsityksen motivaation merkityksestä itsehoidon onnistumiselle, niin voidaan pohtia olisiko ryhmän mahdollista kokoontua useamman kertaa? Ensimmäisen kerran jälkeen jokaisella olisi mahdollisuus luoda omat henkilökohtaiset tavoitteet, joiden toteutumista seurattaisiin seuraavalla kerralla. Osassa haastatteluissa nousi esille tarve ns. kontrollikäynnille, myös tutkimuksissa on todettu asiakkaiden motivaation lisääntyneen seurannan ansiosta. Kontrollikäynnin avulla saadaan mahdollisesti kasvatettua ihmisten motivaatiota ja kerättyä tietoa infon vaikuttavuudesta. Pitempiaikainen ryhmätoiminta vaatii kuitenkin varoja, joten kyseessä ei ole nopeasti tapahtuva tai helppo muutos.

Asiakkaan sitouttamista oman vaivansa hoitoon ja liikkumisen ylläpitämiseen voidaan kannustaa myös julkisen sektorin tuottamien palveluiden ulkopuolella. Vertaistuen ja vertaisen merkitys on jokaiselle sairastavalle yksilöllinen, mutta merkityksellinen. Asiakasta voidaan ohjata erilaiseen vertaistukitoimintaan mukaan, mikä voi toimia motivaation ylläpitävänä voimana. Esim. Nivelitalon vertaistukiryhmät toimivat 50:llä eri paikkakunnalla. Näiden erilaisten väylien esittelyyn voisi yrittää löytää ylimääräiset 5 minuuttia. Tällöin asiakkaalle olisi jo ohjattu suuntia missä voi saada tukea omaan kuntoutumiseen.

Opinnäytetyöryhmä koki tämän kyseisen työn tekemisen välillä hyvin haastavaksi. Työn todellinen aihe muuttui ja hahmottui prosessin edetessä muovautuen lopulta nykyiseen muotoonsa. Tämä on vaatinut ryhmältä paljon epävarmuuden sietämisen ja aikataulutuksen harjoittelua ja kykyä muuttaa omaa ajatustaan aineiston ohjaamaan suuntaan. Loppujen lopuksi työ on antanut hyvin paljon ja erityisesti korostuneet ovat ne alkuopin-tojen taitojen kuten ohjaamisen merkitys. Työn ytimen voi kärjistetysti kiteyttää lauseeseen: on yhtä tärkeää mitä tietoa ja neuvoja annetaan, kuin se miten kyseinen tieto annetaan.

Mahdollisena jatkokehityksenä voisi mielestämme olla perehtyminen itsehoidon ohjauksen vaikuttavuuden mittaamiseen sekä sopivien mittareiden testaaminen käytännössä.

LÄHTEET

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen Lääkärilehti 34/2010, vsk 65.

ARENE, Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2017. Ammattikorkeakoulujen opin-
näytetöiden eettiset suositukset. [http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-
suositukset/](http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/)

Arokoski, J. & Vainikainen, T. Suomen Nivelryhdistys ry. 2018. Kumppanina nivelrikko: näin tulen
toimeen -opas. Viitattu 28.10.2019. <http://www.nivelopas.fi>

Bandura, A. 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological
Review, 1977:84(2):191-215.

Bearne, L.; Manning, V.; Choy, E.; Scott, D. & Hurley, M. 2017. Participants' experiences of an
Education, self-management and upper extremity eXercise Training for people with Rheumatoid
Arthritis programme (EXTRA). Physiotherapy 103 (2017), 430-438.

Cagnin, A.; Choinière, M.; Bureau, N.J.; De Polo, L.; Saïdi, H. & Hagemeister, N. 2017. Self-
management, Functional Status and Knee-related Quality of Life in Older Adults with Mid to Late-
stage Knee Osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage, Volume 25, Supplement 1, S338.

Coleman, S.; Brigga, K.; Carroll, G.; Inderjeeth, C.; Cook, N. & McQuade, J. 2012. A randomized
controlled trial of a self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered
by health care professionals. Arthritis Research & Therapy 14, Article number: R21. [https://arthritis-
research.biomedcentral.com/articles/10.1186/ar3703](https://arthritis-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/ar3703)

Eyles, J.P.; Hunter, D.J.; Meneses, S.R.F.; Collins, N.J.; Dobson, F.; Lucas, B.R. & Mills, K. 2017.
Instruments assessing attitudes toward or capability regarding self-management of osteoarthritis:
a systematic review of measurement properties. Osteoarthritis and Cartilage, Volume 25, Issue
8, 1210-1222.

Fernandes, L.; Storheim, K.; Sandvik, L.; Nordsletten, L. & Risberg, M.A. 2010. Efficacy of patient
education and supervised exercise vs patient education alone in patients with hip osteoarthritis:
a single blind randomized clinical trial. Osteoarthritis and Cartilage 2010, 18, 1237-1243.

Fogelholm, M.; Vuori, I. & Vasankari, T. 2011. Terveysliikunta. 2., uudistettu painos. Helsinki:
Kustannus Oy Duodecim.

Gay, C.; Chabayd, A.; Guilley, E. & Coudeyre, E. 2016. Educating patients about the benefits of
physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review.
Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 59(3), 174-183. [https://doi.org/10.1016/j.re-
hab.2016.02.005](https://doi.org/10.1016/j.re-hab.2016.02.005)

Grønning, K.; Midttun, L. & Steinsbekk, A. 2016. Patients' confidence in coping with arthritis after
nurse-led education; a qualitative study. BMC Nursing 2016, 15:28.

Heikkilä, L. Suomen Reumaliitto ry, Nivelrikko ja ravinto. Viitattu 8.1.2019. [https://www.reuma-
liitto.fi/fi/reuma-aapinen/hyva-tietaa/ravitsemustietoa-sairausryhmittain/nivelrikko-ja-ravinto](https://www.reuma-liitto.fi/fi/reuma-aapinen/hyva-tietaa/ravitsemustietoa-sairausryhmittain/nivelrikko-ja-ravinto)

Heiliövaara, M. 2008. Nivelrikon esiintyvyys ja kustannukset. Duodecimlehti. nro 16. Viitattu
24.4.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo97449>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. 7. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Karinton kirjapaino Oy
- Holman, H. & Lorig, K. 2003. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. August 2003, Volume 26, Issue 1, pp 1-7.
- Hurley, M.; Dickson, K.; Hallett, R.; Grant, R.; Hauari, H.; Walsh, N.; Stansfield, C. & Oliver, S. 2018. Exercise interventions and patient beliefs for people with hip, knee or hip and knee osteoarthritis: a mixed methods review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD010842. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010842.pub2>
- Hutting, N.; Detaille, S.; Heerkens, Y.; Engels, J.; Staal, J. & Nijhuis-van der Sanden, M. 2016. Experiences of Participants in a Self-Management Program for Employees with Complaints of the Arm, Neck or Shoulder (CANS): A Mixed Methods Study. *J Occup Rehabil* (2017) 27:35-48.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kannus, P. 2016. Liikunta ja nivelrikko. UKK-instituutti. Viitattu 26.4.2019. <http://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntauutiset/liikunta-ja-nivelrikko>
- Kauranen, K. 2018. Fysioterapeutin käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kiviluoto, L. & Harmokiva-Saloranta, P. 2018. Liikuntaneuvonnan ryhmästä tukea liikunnan lisäämiseen. *Fysioterapia* 4/2018. Helsinki: Suomen Fysioterapeutit.
- Kroon, F. & van der Burg, L. 2014. Self-management education programmes for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 1. Art. No.: CD008963. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008963.pub2>
- Luomajoki, H. 2018. Liikkeen ja liikekontrollin häiriöt. Lahti: VK-Kustannus Oy.
- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. *Duodecim*. Viitattu 30.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01668>
- Mäkelä, A.; Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: Tummaavuoren kirjapaino Oy.
- Mäki, P.; Harald, K.; Lindström, J. & Laatikainen, T. 2019. Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastuvuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 28.10.2019. <http://www.julkari.fi/handle/10024/138109>
- Oliveira, M.; Vullings, J. & van de Loo, F. 2019. Osteoporosis and osteoarthritis are two sides of the same coin paid for obesity. *Nutrition*, Volume 70, February 2020.
- O'Sullivan, S.; Schmitz, T. & Fulk, G. 2014. *Physical Rehabilitation*. 6. painos. Philadelphia. F.A. Davis Company.
- Pellinen, T. 2014. Pro Gradu. Polven nivelrikkopotilaiden tiedon tarpeet potilasohjauksessa. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.
- Pohjolainen, T. 2018. Nivelrikko. Terveyskirjasto Duodecim. Viitattu: 14.11.2018. Saatavilla: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673
- Polvi- ja lonkkanivelrikko. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopedi yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu: 2.12.2018. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50054>
- Prochaska, J.; Diclemente, C. & Norcross, J. 1992. In search how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47/1992, 1102-1114.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 11.9.2019. Saatavilla: <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Stolt, M.; Saarikoski, R.; Väyrynen, P. & Lepistö, J. 2016. Terveet jalat. Helsinki: Duodecim.

Suomen Fysioterapeutit ry, Ohjaus- ja neuvonta osaaminen. Viitattu 17.12.2019. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydinosaaminen/ammattillinen-osaaminen/ohjaus-ja-neuvontaosaaminen.html>

TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TENK, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettisen periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Teppo, U.; Vanhala, M.; Oikari, M.; Ylinen, J. & Häkkinen, A. 2012. Fysioterapeutin ohjaama itsehoito auttaa polvioireisia potilaita. Suomen Lääkärilehti, 39/2012 vsk 67.

Terveyskylä.fi, Nivelitalo.fi, Nivelrikko 2018. Viitattu 17.12.2019. <https://www.terveyskyla.fi/nivelitalo/>

Tietoarkisto. Aineistonhallinnan käsikirja. Viitattu 29.11.2018. <https://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/>

Toomey, E.; Currie-Murphy, L.; Matthews, J. & Hurley, D. 2015. The effectiveness of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management for people with osteoarthritis and chronic low back pain: A rapid review Part I. Manual Therapy, 20(2), 265-286. <https://doi.org/10.1016/j.math.2014.10.013>.

Tuki- ja liikuntaelinliitto Tule ry. Viitattu 18.12.2019. <https://suomentule.fi/tule-terveys/tule-terveyteen-vaikuttavat-tekijat/tule-sairaudet/nivelsairaudet/nivelrikko-2/>

Tule-tietokeskus, Tietoa meistä. Viitattu 17.12.2019. <https://tule.fi/tule-tietokeskus-4/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. 1. painos. Juva: WSOY.

Vaishya, R.; Vijay, V.; Lama, P. & Agarwal, A. 2019. Does vitamin D deficiency influence the incidence and progression of knee osteoarthritis? – A literature review. Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma: Volume 10, Issue 1, pages 9-15.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettupainos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S.; Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.

Teemahaastattelu - haastattelurunko

Aloitus:

- Esittely ja selvennys mitä ollaan tekemässä.
- ”Mitä kuuluu?” ”Miten on mennyt?”

Haastattelun avaus:

- ”Nyt saat kertoa omin sanoin kokemuksista alaraajainforyhmästä?”
- Asiakas johdattelee haastattelun johonkin kolmesta teemasta.
- Valitussa teemassa kysytään tarkentavat kysymykset, jonka jälkeen johdatellaan asiakas seuraavaan teemaan.
- Jos asiakas alkaa tuottamaan sisältöä/asiaa liittyen alaraajainfooon, mutta ei välttämättä valittuihin teemoihin, niin annetaan haastattelun jatkoa. Asiakkaan tuottaessa asiaan liittymätöntä sisältöä, ohjataan haastattelu takaisin alaraajainfooon liittyviin asioihin.

Apukysymykset:

1. Kokemukset

a. POSITIIVISET / NEGATIIVISET

- *Mitä jäi kokemuksena päällimmäisenä mieleen?*
- *Mikä oli hyvää, mikä huonoa?*
- *Millaisia tunteita/ajatuksia heräsi?*
- *Mitä mieltä olet tämän tyyppisestä ohjauksesta?*
- *Mitä jäi käteen?*

b. odotukset vrt. kokemukset

- *Millaisia odotuksia oli ennen alaraajainfoa? Täyttyivätkö? Vastasivatko kokemukset?*

c. muut

- *Mitä muuta haluat sanoa kokemuksiin liittyen?*

2. Sisältö

a. ryhmätilanne

- *Miten koit ryhmämuotoisen ohjauksen?*

– Hyviä/huonoja puolia?

b. diat

– Mitä mieltä olit diasisällöstä?

– Olivatko ymmärrettäviä/epäselviä?

c. harjoitteet

– Mitä mieltä olit harjoitteista?

– Koitko, että olivat hyödyllisiä? Miten? Miksi?

– Olivat harjoitteet tuttuja/uusia?

– Mitä jäi käteen harjoitteista? (Ymmärsitkö mihin pyrittiin vaikuttamaan?)

d. itsehoidon opas

– Mitä mieltä olet oppaasta?

– Mikä oli erityisen hyödyllistä oppaassa?

– Puuttuiko oppaasta mielestäsi jotain?

e. ohjaus/ohjaaja

– Miten koit ohjaustavan?

– Oliko ohjaus selkeää/ymmärrettävää?

f. mitä jäi puuttumaan / mikä oli turhaa

– Mitä olisit kaivannut infotilaisuudelta?

– Mikä oli mielestäsi turhaa?

3. Muutos / vaikutus

a. toimintakyky

– Onko toimintakyvyssäsi tapahtunut muutoksia? Miksi? Mistä luulet johtuvan? Miten infotilaisuus vaikuttanut?

b. tietoisuus

– Mitä tietoa sait ryhmästä?

– Onko käsityksesi asiasta muuttunut jotenkin ryhmän jälkeen? Miten?

c. motivaatio

– Motivoiko ryhmätilaisuus jotenkin? Toimintatavat? Aktiivisuus? Itsehoito?

d. kipu

– Miten koet kiputilanteesi nykyään? Onko muuttunut?

– *Saitko ryhmästä jotain keinoja kivun hoitoon? Ovatko auttaneet?*

e. liikkuminen

– *Miten liikkumisesi on muuttunut? Lisääntynyt/vähentynyt?*

f. osallistuminen

– *Osallistumisen selventäminen (esim. kaupassa käynti, kävelylenkit, sosiaaliset tapahtumat)*

– *Onko arjessa osallistuminen muuttunut jotenkin? Miten?*